1884-85. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 3.

DU

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE

PAR

L'INJECTION PHÉNIQUÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 1884

PAR

M. Justin Félix FARGANEL

Né à Pontours (Dordogne), le 26 Janvier 1862.

Élève du service de santé militaire
Interne des Hôpitaux de Bordeaux ; Aide d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse : MM. LANELONGUE, *Président.*
COYNE, *Professeur.*
PIÉCHAUD, ARTIGALAS } *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1884

1884-85. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 3.

DU

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE

PAR

L'INJECTION PHÉNIQUÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 1884

PAR

M. Justin Félix FARGANEL

Né à Pontours (Dordogne), le 26 Janvier 1862.

Élève du service de santé militaire
Interne des Hôpitaux de Bordeaux ; Aide d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse :

MM. LANELONGUE, *Président.*
COYNE, *Professeur.*
PIÉCHAUD, ARTIGALAS } *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		N.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. BOURSIER	MM. DUDON	MM. PÉRIER
RONDOT	LEFOUR	DEMONS	CARLES
ARTIGALAS	PIÉCHAUD	TESTUT	BLAREZ
LANDE	LAGRANGE	PLANTEAU	BERGONIÉ

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VENOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Reconnaissance pour tou s les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A TOUS MES PARENTS

A M. LE DOCTEUR BEAUCHAMPS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Mon cher Maître M. le professeur LANELONGUE

A mon excellent Maître M. le Docteur COYNE

Professeur d'Anatomie pathologique (Bordeaux).

A M. le professeur MORACHE

Médecin-chef de l'Hôpital militaire de Bordeaux.

A MES MAITRES

M. le professeur agrégé T. PIÉCHAUD

Chirurgien des Hôpitaux.

M. le professeur agrégé BOURSIER

Chirurgien des Hôpitaux.

M. le professeur agrégé ARNOZAN

Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le professeur MOUSSOUS

M. le professeur agrégé LEFOUR

M. le professeur agrégé DUDON

Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur FERRON ; M. le Docteur COUSTAN

Médecins-majors de l'Hôpital militaire de Bordeaux.

A TOUS MES AUTRES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

DU

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE

PAR

L'INJECTION PHÉNIQUÉE

INTRODUCTION

Depuis 1788, on a proposé une quantité presque innombrable de traitements divers pour guérir l'hydrocèle. Cette multitude de procédés indique que chacun a donné des succès et des revers entre les mains des chirurgiens. Cela signifie encore que tous les cas d'hydrocèle ne se ressemblent pas. Et le même fait nous démontre que chaque procédé de traitement n'a pas toujours été appliqué aux cas dont il était justiciable.

Un procédé a été proposé dans ces derniers temps à l'étranger, où, d'après les statistiques, il n'aurait donné que des succès.

C'est la ponction, suivie de l'injection d'une solution phéniquée à 50 grammes d'acide phénique pour 1,000 grammes d'eau.

Pendant notre année d'internat dans le service de M. le professeur Lanelongue, il nous a été donné de recueillir les observations des premiers malades traités en France par ce procédé. Comme les résultats diffèrent un peu de ceux obtenus à l'étranger, nous avons cru devoir les publier. Exposer les résultats obtenus à l'étranger; donner ceux obtenus à Bordeaux, essayer de classer ces derniers faits, chercher les conditions des succès et celles des échecs, essayer d'en tirer des conclusions pratiques : tel est le but du travail qui fera notre sujet de thèse. C'est à la bienveillance de notre cher maître M. le professeur Lanelongue que nous le devons. Aussi nous permettra-t-il de le remercier tout d'abord des sages conseils qu'il nous a donnés, et de la bienveillante sollicitude dont il a bien voulu nous honorer durant nos études et l'année d'internat que nous avons passée dans son service.

Que M. le professeur agrégé T. Piéchaud reçoive ici l'hommage de notre reconnaissante amitié.

Nous remercions également notre excellent maître M. le professeur agrégé Boursier, pour les savants conseils qu'il nous a donnés. Qu'on nous permette un merci d'ami à tous nos bons camarades, et en particulier à M. le Dr Maubrac, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, à MM. Rabaine et Chaleix, internes des hôpitaux, et à M. Maurange, externe titulaire des hôpitaux, pour leur intelligent et aimable concours.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu pathologique sur l'Hydrocèle.

L'hydrocèle étant définie un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, sous quelle influence cet épanchement se produit-il? Constitue-t-il à lui seul une maladie ou n'est-il que le symptôme d'une affection de voisinage? Voilà des questions qui ont été diversement résolues par les chirurgiens. M. le professeur agrégé Boursier a fait dans sa thèse inaugurale (1) un historique magistral, d'où il résulte que cette question est passée par trois périodes bien caractérisées :

Dans la première, l'hydrocèle est toujours considérée comme une maladie essentielle; les lésions glandulaires sont prises pour des complications. A cette période se rattachent les noms de J.-L. Petit (1774); de Percival Pott (1797); de Richerand (1812); de Roche et Sanson (1826);

(1) A. Boursier. *Étude sur les hydrocèles symptomatiques des tumeurs du testicule.* Th. doct. Paris 1880.

de Boyer (1818); de Hunter (1843); enfin ceux de Velpeau (1) (1837), et ceux de Roux (2).

Dans la seconde période, de 1844 à 1872, les auteurs s'occupent spécialement de l'étude anatomo-pathologique des lésions testiculaires ou épididymaires et semblent ne prêter qu'une attention fort légère à l'hydrocèle concomitante. C'est la période de Gosselin (3), de Jarjavay (4), de Després (5), de Reclus (6), de Monod (7), d'Adam (8), de Panas (9), et de ses élèves Vétault et Lobit.

Enfin dans une troïsième période allant de 1872 à nos jours, l'étude de l'hydrocèle est remise en honneur. En 1874, Ramos de Fonseca (10), fait de l'hydrocèle une maladie toujours symptomatique, idée que sont venues confirmer les longues expériences de Terrillon et Schwartz (11). Les chirurgiens font une large part dans l'étiologie de l'hydrocèle aux lésions glandulaires persistantes; mais ils s'attachent surtout à l'étude de l'hydrocèle vraie de nature inflammatoire chronique. Il ne peut être, en effet, question dans ce travail des épanchements mécaniques assez rares du reste qui surviennent dans les séreuses à la suite de certains obstacles placés sur le cours de la circulation. La vaginalité spontanée consécutive aux lésions du testi-

(1) Velpeau. Dict. en 30 vol. *Testicule* (1844). T. XXIX, p. 470.
(2) Roux. Dict. en 30 vol. *Sarcocèle.*
(3) Gosselin. *Arch. gén. de méd.* 4me série, t. XVI, 1848.
(4) Jarjavay. *Arch. gén. de méd.* 4me série, t. XX, 1852.
(5) Després. *Th. Paris,* 1861.
(6) Reclus. *Th. Paris,* 1876.
(7) Terrillon et Monod. *Arch. gén. de méd.* (juillet et septembre 1879).
(8) Adam. *Th. Paris,* 1874.
(9) Panas, *Arch. de méd.,* 1872.
(10) Ramos de Fonseca. *Th. Paris,* 1876.
(11) Terrillon et Schwartz. *Gaz. méd.* (juillet et août 1879).

cule et de ses voies d'excrétion domine absolument la pathogénie de l'hydrocèle.

Dans ce premier chapitre, nous avons un instant voulu retracer l'histoire de l'hydrocèle en général et présenter en détail ce qui appartient à la pathogénie des formes dites symptomatiques. Mais nous avons bientôt abandonné cette idée. L'hydrocèle est, en effet, trop connue, trop décrite pour que le sujet limité que nous avons entrepris de traiter puisse recevoir des éclaircissements utiles d'un long historique qui s'attache à démontrer qu'en somme l'épanchement de la tunique vaginale naît sous l'influence d'irritations variées de la vaginale ou du testicule. D'autre part, dans la forme symptomatique proprement dite, telle qu'on la voit se développer quand la syphilis, le tubercule, ou le cancer envahissent la glande, la maladie revêt rapidement des caractères spéciaux qui bientôt relèguent au second plan l'épanchement, tandis que la tumeur absorbe toute l'attention du praticien. Cette forme, on en conviendra, n'appartient pas à notre sujet.

En présence d'un cas d'hydrocèle, la première question qui s'impose à notre esprit est de savoir si l'épanchement que nous avons sous les yeux est un épanchement simple, c'est-à-dire de ceux qu'un traumatisme ancien ou une lésion légère de la vaginale a pu développer, ou bien si sous cette couche liquide se cache une des tumeurs que nous avons énumérées plus haut.

Le diagnostic se préoccupe donc tout d'abord de ces deux formes, et si cette préoccupation s'impose, c'est que nous savons que le traitement sera bien différent dans les deux variétés. Dans le second cas, en effet, le choix d'un traitement général ou d'une opération radicale est de rigueur, tandis que dans le premier nous devons songer à agir sur la vaginale seule en cause pour tarir la source

d'une sécrétion liquide qui à elle seule constitue la maladie tout entière.

Dans la forme symptomatique les injections irritantes agiront tout au plus pour modifier un instant la sécrétion et prendront le rôle d'un palliatif auquel on ne songe qu'en passant. Dans l'autre, au contraire, elles seront la base du traitement, elles constitueront la cure radicale, y eût-il dans le testicule ou l'épididyme des lésions inflammatoires simples; car, on le sait, sous l'influence de l'irritation voulue, calculée qu'on porte à la surface de la vaginale, ces ces lésions elles-mêmes peuvent subir une transformation favorable.

De ce qui précède, il ressort donc pour nous que l'injection phéniquée dont nous étudions ici les résultats est un mode de traitement, si l'on veut, un point de pratique chirurgicale qu'il était bon de faire connaître, mais dont l'indication ne paraît avoir rien de spécial. Comme tous les autres procédés, il est modificateur d'une surface chroniquement irritée; il va développer dans la séreuse un ensemble de phénomènes plus aigus dont le résultat sera la disparition du liquide par substitution d'une inflammation franche à une irritation chronique. Comme tel il est applicable à l'hydrocèle simple surtout. Vaut-il mieux, moins ou autant que les autres procédés ? voilà ce que nous voulons étudier.

CHAPITRE II

Historique.

Il n'entre pas dans nos projets de faire un historique complet de tous les traitements qu'on a opposés successivement à l'hydrocèle. Ils sont en si grand nombre que nous ne ferons que les énumérer dans une sorte de tableau. Nous nous contenterons de faire en détail l'historique critique des procédés qui ont des rapports plus directs avec celui dont nous nous occupons. Car ce sont eux qui nous serviront de critérium pour juger de la valeur du procédé dont nous donnerons les résultats par nous constatés.

Deux grandes méthodes de traitement sont en présence : la méthode de l'incision et la méthode de la ponction avec ou sans injection.

1° La méthode de l'incision, la plus anciennement appliquée, déjà mise en honneur en 1788 (1), défendue par

(1) *Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, 1788.

Scarpa (1) en 1824, par Boyer (2) en 1831, et détrônée en 1838 (Gerdy) (3) par la ponction suivie de l'injection, dans la cavité vaginale, d'agents modificateurs. Dans ces derniers temps, elle a été remise en honneur, et c'est le cas de répéter ce vers d'Horace :

Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.

En effet, Wolkmann (4) (1876), Jacobson (5) (1877), Genznor (6) (1878), ont pratiqué l'incision modifiée par la méthode antiseptique. Un de nos collègues d'internat, M. le Dr Labadie, a fait en 1882 (7) sa thèse inaugurale sur le même sujet, et son travail, auquel il faut ajouter celui de M. Julliard (8) (de Genève), établit d'une façon définitive les indications de ce procédé ;

2° La méthode dite nouvelle, qui n'est autre que la ponction, soit simple, soit suivie d'injections destinées à modifier la vaginale enflammée. Ce dernier procédé est le plus important, en ce sens que c'est le traitement habituel de l'hydrocèle. Ceux qu'on emploie le plus fréquemment sont la teinture d'iode, l'alcool, le vin et le perchlorure de fer. Ce sont les seuls dont nous nous occuperons avant d'abor-

(1) Scarpa. *Arch. gén. de méd.*, 1824, t. IV, p. 131.
(2) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 187, 1831.
(3) Gerdy. *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. I, p. 57.
(4) Richard Wolkmann. Berlin, *Klin Vochens*, n° 3, 1876. *Medical Record*, 1876.
(5) Jocobson. *The Lancet*, 1877, t. II.
(6) Alfred Genznor. *Die Hydrocele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundtbehanlung*, extrait de *Sammlung Klinischer Vorträge, von Rr. Wolkmann*, n° 135, Leipzig, 1878.
(7) Labadie (Alph.). *Th. Bordeaux*, 1882.
(8) Julliard. *Revue de chirurgie*, 10 février 1881.

der l'étude de l'injection phéniquée. Mais on a injecté tant de substances diverses que nous ne pouvons que les énumérer.

Nous parlerons d'abord des moyens médicaux ou palliatifs. Le second groupe comprendra les moyens de cure radicale. Outre l'incision, nous trouverons comme moyens de cure radicale la ponction, soit simple, soit suivie d'introduction de corps étrangers ou de caustiques solides, soit suivie de l'injection de liquides ou de gaz irritants; nous trouverons enfin le séton.

A. — Moyens palliatifs ou médicaux

Bains de mer. — Baldwin. — Guérison d'une hydrocèle par les bains de mer. (Philadelphia, Med. Times, 26 octobre 1878.)

Vésicatoire cantharidé : Rognetta (*Bull. thérap.*, 1834).

Traitement mercuriel chez les syphilitiques : Foissac (*Bull. thérapeutique*, 1841).

Electricité :

Pétrequin (1849).

Dr Rodolfo Rodolfi. — *Nuovo metodo nella cura dell' idrocele con l'elettricita* (Nouvelle méthode de traitement de l'hydrocèle par l'électricité). (*Gaz. med. Ital. Lomb. — Rivista di med., di chir., e di therap.,* Milan, août 1873.

Applications externes :

Ecorces de chêne (Maunourg).

Compresses trempées dans un mélange de parties égales de scille et de digitale (Coudray, Fricke, Velpeau). (*Bull. thérap.*, 1837, t. XII, p. 78.)

Cyanure de mercure. (*Lo spérimentale*, 1853, p. 466.)

Collodion riciné : Augé. — (*Arch. méd. belges*, t. XV.)

Solution avec :

Chlorhydrate d'ammoniaque...	1 once.
Vinaigre distillé.....	4 onces.
Eau	6 onces.

Vésicatoires répétés. (Astley Cooper.)
Onction avec émétique tartrique. (Hudson.)

B. — Moyens radicaux ou cure radicale de l'hydrocèle

I. — Ponction

Simple.

Simple répétée Fifield W. A. B. — Hydrocèle; ponctions simples répétées. Ponction suivie d'injection iodée. Incision de la tunique vaginale par la méthode de Lister; avec gangrène étendue du scrotum. (*Boston med. and. sug. journal* (15 nov. 1877).

Avec une aiguille (acupuncture) : Osborn S. — *Cases of congenital hydrocele of the testis cure by acupuncture* (3 cas d'hydrocèle congénitale guéris par la ponction avec une aiguille et effusion du liquide dans le tissu cellulaire). (*The Lancet* vol. I, p. 285, 1880).

Galvanopuncture : Dr Larue. — Traitement de l'hydrocèle par la galvanopuncture (*Bull. de méd. de la Mayenne*, 1876).

Suivie de suture enchevillée : Ricord. — (*Bull. thérap.* 1845, t. XXXIII, p. 371).

Suivie de frottements :(*Younk chir. of. Saint-Mary's hosp.*).

II. — Ponction suivie d'introduction de corps étranger : Sonde flexible. — Fente.

III. — Ponction suivie d'introduction de caustiques solides.

Grain d'oxyde de mercure dans la cavité vaginale (*The Dublin méd.*, t. XXXIII, 1862).

Potasse caustique : Ficher (*Arch. méd.*, 1826).
Cautère.
Pâte de Vienne.

Nitrate d'argent : B. Anger. — Kyste spermatique et hydrocèle; ponction, cautérisation au nitrate d'argent, guérison. (*Gaz. hop.*, 27 mai 1875), Lobit (Paris, 1873).

IV. — Ponction suivie d'injection de liquides.

Eau pure.
— salée.
— albumineuse.
— de chaux.
Lait.
Vin de Porto froid pur. } James Earle. Liston.
— mêlé d'eau. }
Vin chaud à 30° ou 31° : Marius Galvani (Paris 1873).
Alcool pur.
— étendu d'eau.
— camphré.
Chloroforme : Langenbeck (Berlin 1859).
Chloral : Lampugnani. Cure radicale de l'hydrocèle (*Gaz. méd. stal.*, juin 1881).
Ammoniaque liquide : Bonnafont. (*Bull. d'Acad. méd.*, 1859, t. XV, p. 263). Rapport de M. Velpeau (*Bull. d'Acad. méd.*, 1850-51, t. XVI, p. 253).
Solution de tannin.
— salpêtre.
— sulfate de cuivre : Pereira de Fonseca. *Bull. thérap.* 1861, t. LX, p. 274. Ramos de Fonseca (*Th. Paris*, 1876).
Solution de sulfate de zinc (*Astley Cooper*).
Sublimé et eau de citron (*Lembert* 1667).

V. — Ponction suivie d'injection de liquides :

Solution de nitrate d'argent.
Solution de chlorure de zinc : Chollet (*Th. Paris*, 1872).
Dumreicher. — Hydrocèle : Guérison rapide par l'injection d'une solution à 8 °/₀ de chlorure de zinc (*Soc. I. des médecins de Vienne*, janvier 1877).
Polaillon. — Traitement par les injections de chlorure de zinc au 10e (*Bull. de Soc. de chir.*, Paris, 1879, p. 647).
Solution de perchlorure de fer.
Houzé de l'Aulnoit. — Sol. au 16e (*Bull. d'Ac. de méd.*, 2e série, t. IX, n° 6.)
Magueur. — *Th. Bordeaux*, 1884.
Solution de sesquichlorure de fer.
Iodoforme.

Solution iodo-iodurée.

Boinet. — Iodothérapie 1855.

Curling. — *Traité pratique des maladies du testicule,* traduit par Gosselin, 1857.

VI. — Ponction avec injection de gaz.

Air Albanèse (originairement Schreger).

Baudens *(Comptes rendus de l'Ac. des sciences,* 1851).

Gaz ammoniac.

VII. — Séton : Husseg. — Séton filiforme (St-Barthol. hosp. Rep., p. 81-95, XIV, 1878).

Kelman. — Séton métallique *(Glascow méd. journal,* nov. 1879).

Guy de Chauliac (1498).

Si nous avons fait ce tableau des différents traitements de l'hydrocède, c'est parce que nous ne l'avons trouvé nulle part et que nous avons dû feuilleter bien des publications pour arriver à le faire.

Il nous reste maintenant à parler avec un peu de détail des méthodes usuelles.

1° *Ponction simple.* — Parmi celles que nous pourrons comparer à l'injection phéniquée, nous nommerons seulement pour mémoire la ponction simple. Mais nous ne nous y appesantirons pas. La ponction simple ne donne presque jamais de résultats permanents. Au bout d'un temps plus ou moins long le liquide se reproduit; et on est obligé de recommencer. C'est que dans toute hydrocèle on se trouve en présence de deux facteurs : un liquide anormal distendant une poche; il faut se débarrasser de ce liquide : c'est ce que fait la ponction; mais l'autre facteur, c'est la poche. Si on ne la modifie pas, on n'aura fait que reculer la difficulté. Pour la franchir, il faut attaquer la tunique vaginale : c'est ce que fait l'injection. « Il s'agit tout simplement, dit

» Velpeau (1), d'irriter la tunique vaginale et de faire » naître une inflammation adhésive à son intérieur : or, de » l'eau froide, du vin de toutes espèces, de l'eau-de-vie, des » solutions caustiques, un liquide quelconque, en un mot, » de même que le bec d'une canule, la présence d'un corps » étranger quel qu'il soit, sont évidemment propres à pro- » duire ce résultat : le tout est de savoir lequel réussit le » mieux en entraînant le moins d'inconvénients. » Cette phrase si pleine de vérité nous trace absolument le plan de nos recherches. En même temps elle nous amène à parler des injections.

2° *Injections.* — (a) *Injection de vin.* — Si nous la citons la première, c'est qu'elle est de toutes la plus ancienne. Elle fut pratiquée par un chirurgien d'armée du nom de Monro (2). Elle fut abandonnée à cause des insuccès de quelques praticiens, et ne fut reprise en France qu'après la publication du mémoire de Sabatier (3). Jusqu'en 1836, ce fut le seul liquide dont on se servait dans les cas d'hydrocèle. Mais à cette époque il fut détrôné par l'injection de teinture d'iode. En 1874, Marius Galvani (4) essaya de la remettre en honneur. C'était surtout de vin à la température ordinaire qu'il se servait. Il le préfère à la teinture d'iode, parce qu'il est plus facile à avoir, parce qu'il n'exige l'emploi d'aucun instrument spécial; parce que l'injection de vin froid n'est généralement pas suivie de douleur notable; parce que les phénomènes de réaction sont très modérés; parce que enfin les accidents ne sont

(1) Velpeau. Dict. en 30 vol., t. XV., p. 463.

(2) Monro. *On the dropsy*, 3e édit., p. 222.

(3) Sabatier. *Recherches historiques sur la cure radicale de l'hydrocèle. Mém. de l'Acd. royale de chir.*, t. V, 1819.

(4) Marius Galvani. *Th. doct. Paris.* 1874.

ni plus graves ni plus fréquents que ceux qui suivent l'emploi de la teinture d'iode.

(b) *Injection d'alcool.* — Il est une injection qui a eu un grand retentissement en France. C'est celle que M. Monod proposa d'expérimenter à la séance du 4 octobre 1871 de la Société de Chirurgie de Paris : j'ai nommé l'injection d'alcool. M. Monod procède de la façon suivante : Retirant à l'aide d'une petite seringue de Pravaz une cuillerée à soupe environ de liquide, il injecte le contenu de la seringue, c'est-à-dire un gramme d'alcool à 40 degrés, coupé avec moitié eau. Il laisse ensuite le malade vaquer à ses occupations habituelles comme si rien n'était. Il ne se produit ni douleur ni inflammation.

M. Monod, à l'appui du procédé qu'il désire être expérimenté, offre quatre cas de guérison. L'un d'eux est un kyste séreux du corps thyroïde. Les trois autres sont des hydrocèles. L'une était portée par le présentateur depuis trois ans.

La présentation de M. Monod une fois faite, il s'engage à son sujet une discussion très longue dans laquelle M. Després fait remarquer que le procédé n'est pas tout à fait nouveau. M. A. Guérin fait remarquer que l'originalité du procédé consiste à ne pas vider complètement la cavité vaginale avant de faire l'injection d'alcool ; il ajoute que déjà lui-même, dans son *Traité de Chirurgie opératoire*, en a donné depuis déjà longtemps le conseil. Nous verrons plus tard ce que nous-même nous pensons de ce fait. L'objection la plus sérieuse est faite par M. Dolbeau, qui s'exprime ainsi : « L'expérience dira quels sont les avanta-
» ges de la modification opératoire proposée par M. Monod;
» mais aujourd'hui il est difficile de se prononcer, parce
» que les observations de notre collègue sont incomplètes. »

M. Verneuil fait la même remarque quand il dit : « Je » ferai remarquer que, dans le traitement de l'hydrocèle, » les méthodes aussi simples que celles que je viens d'in- » diquer sont souvent suivies de récidive, et les succès » obtenus par M. Monod ont, suivant moi, besoin d'être » confirmés. »

L'année suivante, à la séance du 8 mai 1872, M. Monod lit une note sur le même sujet et donne deux nouvelles observations dans lesquelles il a été obligé de faire plusieurs injections pour arriver à un résultat qu'on peut, en somme, ne pas considérer comme définitif. Les cas de l'an dernier avaient, du reste, comme ceux-ci, nécessité plusieurs ponctions.

Depuis ce temps, le procédé de M. Monod a été expérimenté par beaucoup de chirurgiens. Nous savons même que plusieurs ont eu des succès; et M. Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, nous a offert l'observation d'une hydrocèle du cordon observée au Val-de-Grâce et guérie par l'alcool.

Néanmoins, nous croyons que ce procédé n'est fidèle que dans certains cas comme tous les procédés. Ne l'ayant pas expérimenté, nous sommes dans l'impossibilité absolue de pouvoir le juger. Nous pouvons rapporter ici le jugement de M. le Dr Saint-Germain (1) dans ses cliniques faites à l'hôpital des enfants :

« Ce procédé, dit-il, expérimenté par moi à l'hôpital » Saint-Antoine, ne m'a pas donné d'accidents, mais je » ne l'ai jamais vu réussir à empêcher la reproduction de » l'épanchement. »

(c). *Injection de perchlorure de fer.* — Il est un pro-

(1) Dr Saint-Germain. *Chirurgie des enfants.* Leçons cliniques faites à l'hôpital des enfants malades. Paris, 1874.

cédé que nous ne pouvons passer sous silence. C'est l'injection de perchlorure de fer que M. le Dr Magueur (1) vient de préconiser dans la thèse de doctorat qu'il a soutenue tout récemment à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Il consigne trente observations recueillies par lui dans le service de M. le Dr Bréchemier à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Et il conclut que :

1° L'injection au perchlorure de fer employé à raison de 1 gramme pour 100 grammes d'eau procure la guérison *certaine de l'hydrocèle.*

La seconde conclusion est que l'injection est moins douloureuse que l'injection iodée, qu'elle guérit *plus rapidement*, et qu'elle ne donne pas lieu à de récidive.

La troisième conclusion est que l'intégrité de la vaginale, si elle existe avant l'opération, est conservée après.

4° Enfin, l'injection au perchlorure de fer amène la guérison, non-seulement de l'hydrocèle, mais encore de l'*hydrohématocèle* et de l'*hématocèle simple.*

Nous avouons que ces conclusions nous ont paru un peu forcées. Bien que nous ne doutions pas le moins du monde de la valeur du procédé dans certains cas seulement, nous croyons difficilement qu'il existe une substance qui ait le merveilleux pouvoir de guérir d'une façon certaine toutes les hydrocèles en y ajoutant surtout toutes les hydrohématocèles et les hématocèles simples. Si nous nous reportons aux observations, il nous semble que toutes ne concordent pas d'une façon bien absolue avec les conclusions qu'on a voulu en tirer. Ainsi pour n'en citer qu'une : dans l'observation III, d'hydrohématocèle, la suppuration qui a eu lieu nous paraît avoir été causée par l'injection de perchlorure

(1) Magueur. *Traitement de l'hydrocèle par l'injection du perchlorure de fer.* (*Th. doctorat, Bordeaux.* 1884).

de fer, et la guérison due au drainage et aux autres moyens mis en usage. Si nous en citions un certain nombre d'autres nous trouverions que la guérison ne paraît pas très rapide. Le sujet de l'observation XXVI, ponctionné le 2 mars 1883 sortit complètement guéri le 14 mai; ce qui fait près de deux mois et demi.

Mais, nous le répétons, cela ne nous surprend pas et ne doit pas faire rejeter les injections de perchlorure de fer. Comme tous les procédés, elles donnent des succès et des revers. Il s'agit de ne les appliquer qu'aux cas auxquels elles conviennent.

(d) *Injection de teinture d'iode.* — Nous voici arrivés à la teinture d'iode. Disons que c'est Velpeau (1) le premier qui, en 1836, préconisa en France la teinture d'iode. Et de toutes les injections irritantes, c'est elle qui a eu le plus grand succès dans une certaine catégorie de faits ; cependant, Martin de Calcutta (2) s'en serait servi, paraît-il, depuis l'année 1832.

Nous ne décrirons pas le manuel opératoire. Tout le monde le connaît, ainsi que les précautions à prendre pendant l'opération. L'injection iodée dans l'hydrocèle a été fort bien décrite et discutée avec une compétence que personne ne cherche à contester dans le traité des maladies du testicule de Curling (3). — Boinet, dans son ouvrage sur l'iodothérapie (4), consacre au traitement de l'hydrocèle par l'iode un chapitre très remarquable. C'est dans ces deux ouvrages qui nous puiserons les éléments

(1) Velpeau. Dict. en 30 vol., t. XV, p. 463.

(2) *Transactions of the medical and physical Society of Calcutta*, 1834.

(3) Curling. *Traité pratique des maladies du testicule*, annoté par Gosselin. Paris, 1857.

(4) Boinet. *Iodothérapie*, Paris, 1855.

de la discussion. Tout le monde sait que la teinture d'iode a donné et donne encore tous les jours d'excellents résultats dans le traitement de l'hydrocèle. Les hydrocèles anciennes elles-mêmes trouvent en elle un puissant moyen de guérison. Ce n'est pas dire qu'elle soit à l'abri de tout reproche et qu'elle ne puisse prêter à la discussion dans quelques cas.

Bien que nous n'ayons pas décrit cette opération avec les divers temps qu'elle nécessite, nous allons voir quels sont ceux qui en présentent. Nous examinerons ensuite les conséquences.

Si nous nous reportons au livre de Curling nous y lisons à la page 144e les lignes suivantes : « Le principal » accident qu'on ait à redouter est l'injection du liquide » stimulant dans le tissu cellulaire sous-séreux et non » dans la tunique vaginale, accident qui a été parfois suivi » d'inflammation diffuse avec suppuration et gangrène. » Cet accident qui heureusement n'est pas fréquent est très fâcheux. Aussi les précautions à prendre sont d'avoir une canule s'adaptant très exactement avec le trocart. Celui-ci doit être très effilé; le chirurgien doit l'enfoncer hardiment; une fois le liquide pathologique vidé, bien maintenir sa canule. Et, malgré cela, Gosselin, qui a traduit et annoté Curling, dit que le décollement du tissu cellulaire sous-séreux a lieu très souvent et est même fréquemment impossible à éviter. Il en trouve la raison dans une disposition anatomique de ce tissu cellulaire. « L'enveloppe fibro-» séreuse du testicule, dit-il à la page 157 du même livre, » c'est-à-dire celle qui résulte de l'union intime du feuillet » pariétal de la séreuse avec la tunique fibreuse commune » au cordon et au testicule, est unie au dartos et à la peau » par un tissu cellulaire très lâche. Sur le cadavre, on peut » reconnaître que ce tissu se déchire ou se décolle aisé-

» ment avec le doigt ou le manche du scalpel, et qu'alors » l'enveloppe dont il s'agit s'éloigne des autres en reve- » nant sur elle-même. Pour peu que dans une opération » d'hydrocèle un pareil décollement ait lieu, il en résulte » que la canule, bien qu'elle ait pénétré à cinq ou six cen- » timètres de profondeur, n'est cependant entrée que de » deux ou trois dans la cavité vaginale, qui ne s'est laissé » traverser qu'après avoir été refoulée. Si, en pareil cas, » le chirurgien exerce avec la main des pressions pour » faciliter la sortie du liquide, la fibro-séreuse est refoulée » davantage, et ce changement dans les rapports des tuni- » ques peut être porté assez loin pour que la poche, en » revenant sur elle-même, abandonne l'extrémité de la » canule qui se trouve alors dans le tissu cellulaire, et » pour qu'en conséquence, le liquide soit poussé dans ce » dernier. »

Nous avons cru ne pas devoir changer un seul mot de cette explication très originale et très vraisemblable. On nous saura peut-être gré de l'avoir cité *in extenso*.

Nous devons ajouter, pour être complet, que Gosselin ne s'est pas contenté de cette hypothèse, très rationnelle d'ailleurs. Il a prouvé sur le vivant que ce décollement était bien réel, et il l'a mesuré plusieurs fois. Ecoutons-le encore : « Dans ce but, je me sers d'une canule parfaite- » ment nettoyée et brillante. La portion qui plonge dans le » sac est colorée en brun par l'iode; la portion qui reste à » l'extérieur est colorée de la même manière par le liquide » qui s'écoule sur les téguments ou que j'y fais tomber à » dessein. La portion intermédiaire aux deux précédentes, » c'est-à-dire celle qui traverse l'épaisseur du scrotum, » n'est pas touchée par le liquide et en conséquence reste » blanche et brillante. A l'état normal, cette épaisseur des » bourses n'a pas plus de quatre à cinq millimètres, quand

» il n'y a pas de tuméfaction anormale; et cependant il » m'est arrivé souvent de trouver à la partie restée brillante » de la canule une longueur de huit, dix, douze et même » quinze millimètres, surtout dans les cas où j'avais eu » soin de ne pas distendre beaucoup la poche, pour ne pas » la rapprocher des couches sous-cutanées ». Gosselin ne manque pas, en conséquence, de donner des préceptes que tout chirurgien doit avoir présents à la mémoire et observer strictement toutes les fois qu'il injecte de la teinture d'iode dans une cavité vaginale. Supposons pour le moment que nous ayons un liquide qui guérisse l'hydrocèle et qui ne produise dans le scrotum aucun de ces accidents, alors même qu'il y pénétrerait : certes, nous aurons vite fait notre choix en faveur de ce dernier. Si l'eau phéniquée guérissait sûrement l'hydrocèle, avec elle nous n'aurions pas à redouter ces accidents d'inflammation, de suppuration et de gangrène qui suivent parfois les injections iodées. Mais le moment n'est pas encore venu de discuter ce fait.

Continuons de parcourir les temps de l'injection iodée, et voyons si on n'a pas d'autres reproches à lui faire. Celui que tous les chirurgiens lui ont fait a trait à un phénomène constant : la douleur qu'elle occasionne. Qui ne connaît ces cris que pousse le patient pendant que le chirurgien pousse le liquide? Tout le monde a vu les opérés à la teinture d'iode se tordre, mordre leurs draps, avoir la face injectée, couverte de sueurs. C'est que la douleur qu'éprouvent les malades est très grande, bien qu'à des degrés variables. Pour les uns, en effet, elle ne consiste qu'en une irradiation très supportable le long du cordon et sur le trajet des urétères. Mais ce n'est pas la règle. Généralement, la douleur est très violente. Et même on s'accorde à dire que c'est une condition presque indispensable de succès. Il est bien possible, en effet, que s'il n'y

a presque pas de douleur, cela est dû à l'état de la tunique vaginale. Elle peut être tellement épaissie, dure et même cartilagineuse, que l'iode lui-même ne puisse l'attaquer. On conçoit la difficulté de la guérison par l'injection dans de semblables conditions. Quoi qu'il en soit, l'intensité de la douleur est telle qu'on a voulu modifier le procédé. Quelques chirurgiens ont cru que la douleur était uniquement due à la distension exagérée de la poche; ils ont dit que l'on poussait avec trop de force et de rapidité et en trop grande quantité le liquide dans la vaginale. C'est ce qui poussa M. Guyon (1) à faire une communication à la Société de Chirurgie en 1879. Pour éviter la douleur souvent très vive occasionnée par l'injection de teinture d'iode avec une seringue, M. Guyon la verse dans le trocart à l'aide d'un entonnoir s'adaptant à la canule du troquart, en y mettant tout le temps voulu. L'opinion de M. Guyon ne fut pas admise par tous les membres de la Société de Chirurgie, et MM. Després et Le Fort soutinrent que ce procédé est inutile, vu que la douleur n'est pas due au choc du liquide contre le testicule. Si, d'autre part, nous lisons le traité de Curling (2) à cet endroit, voici ce que nous y trouvons : « *Aussitôt que* le liquide irritant *arrive* » dans la tunique vaginale, le patient éprouve du malaise » et une tendance à la syncope, en même temps que de la » douleur dans le testicule, sur le trajet du cordon et des » lombes. Cette douleur est parfois si violente, qu'on est » obligé de laisser sortir le liquide avant le temps ordi- » naire. » Nous voulons bien, en effet, admettre que la persistance du contact de la teinture d'iode avec la vagi-

(1) Voir *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1879, p. 647. *Modification du traitement par l'injection de teinture d'iode*, par Guyon. Discussion par Després, Le Fort et Polaillon.

(2) Curling. *Op. cit.*, p. 138.

nale augmente la douleur. Mais elle existe dès que les premières gouttes de liquide sont tombées dans la poche.

C'est au moins ce que nous a prouvé un fait récemment observé par nous à la salle 17 de l'hôpital Saint-André. Nous devions à la bienveillance de M. le professeur Lanelongue et de son chef de clinique M. le Dr Courtin, d'opérer une hydrocèle simple, datant de quatre ans, chez un vacher âgé de quarante-huit ans. Le procédé choisi fut la teinture d'iode que nous poussâmes lentement avec une seringue ordinaire, dite seringue à hydrocèle. Dès que les premières gouttes tombèrent dans sa vaginale, cet homme accusa de la douleur qui alla en augmentant, il est vrai, pendant toute la durée de l'injection. Elle augmenta tellement, en effet, que le malade dont le visage avait d'abord pâli, s'était couvert de grosses gouttes de sueur froide, eut une véritable syncope, et que nous fûmes obligés de pratiquer la respiration artificielle. Il revint rapidement, fut surveillé pendant une heure environ, et n'eut pas d'autre complication. Au bout de onze jours, il exigea sa sortie. Il était à peu près guéri.

La douleur : telle est une des objections les plus sérieuses qu'on ait fait à la teinture d'iode, objections, répétons-le encore une fois, qui n'auront de valeur que lorsqu'on aura trouvé un procédé moins douloureux, mais aussi sûr que lui, ne fût-ce que pour quelques cas seulement, nettement indiqués.

On a signalé des cas de tétanos dus à l'injection de teinture d'iode dans l'hydrocèle. Nous lisons dans Curling, à la page 145 : « Le tétanos peut encore survenir après cette opération; j'en connais quelques cas. Mais c'est là un accident tellement rare, qu'il ne peut servir d'objection contre l'opération. » M. Huguier, dans un rapport à la

Société de Chirurgie (1), signale le cas d'un sujet mort du tétanos le sixième jour d'une opération par ponction et injection.

Une des complications possibles de l'injection de teinture d'iode, c'est la péritonite par propagation de l'inflammation. C'est pourquoi il est de règle absolue, avant de ponctionner une hydrocèle, de s'assurer qu'il n'existe pas de communication entre la cavité vaginale et la cavité péritonéale. Dans le cas où il existerait un orifice de communication, il faudrait tout le temps que durerait l'injection comprimer le canal vagino-péritonéal au niveau de l'arcade crurale. Cette manœuvre est destinée à empêcher la teinture d'iode de fuser dans l'abdomen et de produire la péritonite. Et cependant, Curling prétend que cette précaution ne suffit pas souvent à empêcher l'inflammation du péritoine.

Nous lisons dans le Traité de Curling : « M. Velpeau a » conseillé l'application de collodion sur le scrotum un » ou deux jours après l'injection. Je l'ai essayée dans » quelques cas sans aucun avantage, et la douleur causée » par le collodion a toujours été très pénible pour les » malades. » Bien que nous ayons noté ce passage de Curling, le petit inconvénient dont il parle n'est pas une objection sérieuse à ce procédé.

Quelques lignes avant, Curling cite la suppuration comme pouvant survenir après l'injection de teinture d'iode. « Je sais, dit-il, que la suppuration peut avoir » lieu ; je ne l'ai pas observée à la suite de mes opérations, » mais j'ai été une fois appelé pour un malade chez lequel » l'injection faite par un autre chirurgien avait amené un » abcès, que j'eus à ouvrir. »

(1) *Bulletins de la Société de Chirurgie* (sept. 1851).

Curling rapporte ensuite l'opinion de sir B. Brodii (1) qui prétend n'avoir vu survenir la suppuration après l'injection iodée qu'aux Indes occidentales. Curling ne croit pas que les habitants des pays chauds soient plus susceptibles d'irritation sous l'influence des injections que ceux de nos pays. Quoi qu'il en soit de cette préférence, de la suppuration pour les habitants des pays chauds, nous croyons que, dans les cas cités, la suppuration de la tunique vaginale a été un moyen certain de guérison. Nous devons néanmoins considérer ces faits comme des insuccès dûs à l'application malencontreuse du procédé.

Que deviennent les rapports entre la tunique vaginale et le testicule après les injections?

Quand l'inflammation n'atteint pas ce degré extrême, la suppuration, elle peut cependant être telle qu'elle dépasse le but proposé. On recherche dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée le moyen de mettre la tunique vaginale dans un état tel qu'il ne puisse pas s'y faire un nouvel épanchement. On veut en même temps conserver autant que possible l'intégrité des fonctions du testicule.

Or, il est une question très discutée, et que nous voudrions éclairer si le temps nous le permettait et surtout s'il nous était possible de faire des autopsies d'individus guéris d'hydrocèle. C'est celle de savoir que devient la cavité vaginale dans le cas de guérison de l'hydrocèle : l'oblitération de la cavité vaginale est-elle indispensable pour empêcher la reproduction de l'hydrocèle? Peut-on dire qu'il y a guérison lorsque les deux feuillets de la séreuse testiculaire

(1) *London médical Gazette*, vol. XIII, p. 93.

ne sont pas réunis? L'établissement d'adhérences entre ces deux feuillets n'entraîne-t-elle pas fatalement l'atrophie fonctionnelle de l'organe? — Autant de questions très importantes au point de vue pratique, qui sont tout à fait controversées, au sujet desquelles les chirurgiens ont des opinions tout à fait différentes et que nous craignons même de ne pouvoir résoudre.

Ainsi, M. Chaumet (de Bordeaux) faisait en 1850 (1) une communication à la Société de chirurgie sur l'hydrocèle compliquée. Là, M. Chaumet admet que dans la plupart des cas, il n'y a pas oblitération de la cavité vaginale. Cependant, il dit que le fait est variable comme l'irritabilité de la séreuse selon les individus, à tel point que le contact des liquides les plus irritants est facilement supporté par les uns, tandis que la moindre sensation du topique affaibli est parfois intolérable chez d'autres. Baudens exprimait les mêmes idées dans un mémoire publié à la même époque (2).

En 1853, Hutin, médecin en chef de l'hôpital des Invalides, faisait à l'Académie de médecine (3) la relation de 16 autopsies d'hydrocèles guéries par l'injection de teinture d'iode. Il avait trouvé huit fois des adhérences complètes, quatre fois des adhérences partielles seulement; dans les quatre autres il n'en existait pas de traces.

Il en conclut que la disparition de la tunique vaginale n'est pas indispensable à la cure radicale de l'hydrocèle.

(1) *Bulletins de la Soc. de chirurgie.* Janvier 1850.

(2) Baudens. *Mémoire sur un nouveau traitement de l'hydrocèle.* (Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1850.)

(3) Hutin. *Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la guérison radicale de l'hydrocèle vaginale. (Bull. de l'Ac. de méd.*, 1852-53, p. 1024.)

M. Larrey, rapporteur de la communication, dit que les recherches de M. Hutin auraient été plus intéressantes encore, si elles avaient pu apprécier la structure intime de ces adhérences et leur mode de formation, soit par un contact immédiat, soit par l'interposition de fausses membranes simulant diverses altérations ou transformations de la tunique vaginale.

La thèse de M. Labadie faite en 1881 nous laisse dans la même incertitude. Nous y lisons en effet : « Dans l'incision on a une prolifération des parois vaginales qui s'accolent ; dès lors, l'hypersécrétion n'est plus possible, la cavité n'existe plus, ou du moins, si elle persiste sur quelques points, les adhérences sont toujours suffisantes à s'opposer à la distension. On a bien avancé que l'adhérence des deux feuillets de la vaginale compromettait les fonctions de la glande séminale, mais, à ce sujet, les avis ont été très partagés, et cette idée n'est point généralement regardée comme démontrée et acquise à la science. »

Si nous lisons la thèse de M. Magueur, nous y trouverons comme troisième conclusion cette affirmation non appuyée de faits : « L'intégrité de la vaginale, si elle existe avant l'opération, est conservée après. » Avouons qu'une conclusion en apparence si affirmative, si elle est bien analysée, est difficile à interpréter : En effet, bien que M. Magueur ne cite que des cas de guérison dont aucun n'a été suivi assez loin pour en faire l'autopsie, on peut admettre comme pure hypothèse sa conclusion. Mais alors on est en droit de lui demander si les malades qu'il a traités ainsi par le perchlorure de fer avec succès et avec intégrité de la vaginale, n'ont pas été atteints bientot après peut-être de récidive.

A l'époque actuelle, nous devons le dire presque avec honte, l'examen microscopique d'une vaginale guérie

d'hydrocèle n'a, croyons-nous, pas encore été fait. Et cependant il serait intéressant de savoir ce que deviennent les canalicules spermatiques, de savoir s'ils conservent leur structure normale ou s'ils subissent une altération et de connaître la nature de cette altération.

Ce qu'il y a de certain, c'est que dans le cas de suppuration de la tunique vaginale, que cette suppuration soit thérapeutique, qu'elle soit accidentelle, la terminaison, et par conséquent la guérison ne peut se faire sans qu'il existe entre les deux feuillets des adhérences complètes.

Quand les hydrocèles enkystées, multiloculaires de la tunique vaginale arrivent à guérir, évidemment encore il s'est établi des adhérences unissant le testicule au scrotum. Mais il faudrait savoir (et ce fait n'est pas encore établi), ce que deviennent les fonctions spermatogéniques dans l'organe ainsi enveloppé. Dans les cas d'incision antiseptique la question est encore plus douteuse, car il faudrait savoir s'il se fait des adhérences entre les deux feuillets de la vaginale. Les résultats ne doivent pas être constamment analogues. Et dans certains cas, très simples, il est possible que les bourses se réunissent sans que pour cela la cavité vaginale s'oblitère. (Nous ne pouvons pas décider, par exemple, si dans ces cas la guérison est certaine.)

En admettant, en tout cas, que des adhérences soient établies entre les deux feuillets de la vaginale, les conséquences physiologiques sont-elles toujours les mêmes? Bien que nous n'ayons aucun document nous permettant de trancher la question, nous croyons cependant que les résultats de l'oblitération de la vaginale ne sont pas constants. En effet, nous sommes autorisés à supposer que les tractus fibreux établissant ces adhérences sont plus ou moins nombreux, plus ou moins consistants, plus ou

moins serrés suivant le cas. Il nous est permis de penser que, dans quelques cas, rares peut-être, les deux feuillets sont presque simplement adossés et maintenus en présence par de légers tractus. Il est possible, dans ces cas, que la glande ne soit pas tellement enserrée qu'elle ne puisse fonctionner et secréter, sinon en totalité, du moins en quelques points. Nous le répétons, nous ne possédons aucun fait pour assurer notre opinion.

Mais indépendamment de cette discussion faite un peu dans le domaine des hypothèses, il est des cas non douteux où, par suite de l'inflammation exagérée de la tunique vaginale, des adhérences auront été établies tellement serrées qu'elles amèneront fatalement l'atrophie anatomique et par conséquent l'abolition fonctionnelle de la glande. Cet accident est parfaitement possible, si on n'y prend garde, avec l'injection de teinture d'iode, surtout chez certains sujets lymphatiques.

Il est des cas où, croyons-nous, l'injection d'iode ne sera pas plus puissante que toutes les autres injections à débarrasser le malade de son hydrocèle. C'est lorsque la tunique vaginale est tellement épaissie qu'elle est tapissée par des plaques cartilagineuses. Alors il n'y aura qu'un moyen : l'incision et la décortication avec les précautions antiseptiques, autrement dit la suppuration bien dirigée.

On a pu accuser l'injection d'iode d'amener la transformation de l'hydrocèle simple en hydro-hématocèle. Des cas ont été observés (1) où des hydrocèles parfaitement transparentes ont été opérées, mais où la guérison ne s'est pas effectuée et où, quelque temps après, la transparence n'existait plus. On ponctionnait, et le liquide qui sortait était sanguin. Doit-on attribuer cette transforma-

(1) Curling. *Op. cit.*, p. 185.

tion à l'action de la teinture d'iode? Nous ne le croyons pas. Il nous paraît plus rationnel de penser que la cause en réside dans l'état constitutionnel du sujet ou dans l'inobservation rigoureuse des prescriptions faites par le chirurgien après la ponction.

Un autre fait plus sérieux à opposer à l'injection de teinture d'iode, c'est la récidive possible. En lisant la thèse de M. Labadie, nous avons pu voir que plusieurs fois les chirurgiens avaient eu occasion de pratiquer l'incision sur des hydrocèles ayant été traitées inutilement par l'injection de teinture d'iode. Nous y trouvons la relation de quarante cas traités à Guy's hospital, soit avec la teinture d'iode pure, soit avec la solution titrée. Sur ce nombre, elle échoua huit fois, et dans deux de ces huit cas, elle échoua deux fois.

Si nous lisons le traité d'iodothérapie de Boinet, nous y trouvons un chapitre fort remarquable sur le traitement de l'hydrocèle par l'injection de teinture d'iode. Mais si nous le comparons au chapitre fait par Curling sur le même sujet, nous constatons que ce dernier est plus impartial. Boinet est un peu trop enthousiaste pour ce procédé. Il nous paraît friser l'exagération en ne reconnaissant aucun inconvénient à l'injection iodée, et en la préconisant d'une façon exclusive et absolue, dans certains cas où elle nous paraît peut-être dangereuse. Ainsi il la recommande, à l'exclusion de tout autre procédé, dans l'hydrocèle congénitale, dans les hydrocèles enkystées du cordon, dans les hydrocèles des sacs herniaires, etc. S'il n'a pas eu de cas malheureux, il faut avouer qu'il a dû tomber sur une série exceptionnellement heureuse. Il est vrai qu'il compare l'injection iodée à l'injection vineuse. Il est possible que cette dernière offre plus de dangers et qu'on ait à redouter davantage les accidents d'inflammation, de suppuration et

de péritonite. Mais nous reviendrons plus tard sur ces faits. Un point où Boinet nous paraît plus juste, c'est quand il reproche à Jobert d'être inconsidéré et imprudent en étendant l'emploi de l'injection de teinture d'iode dans les épididymites et les orchites aiguës. Avouons qu'aller jsuque-là était blâmable, et nous nous demanderons avec Boinet (1) : « Qui voudra s'exposer à labourer le testicule ou l'épididyme avec un trocart, à courir les chances de ne pas pénétrer dans la tunique vaginale, à injecter de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire du scrotum, etc., pour traiter une affection qui peut guérir et qui guérit ordinairement en quelques jours par des moyens beaucoup plus simples, par le repos, les antiphlogistiques, les calmants ? »

Nous ne reviendrons sur les injections de vin que pour dire : Tous les accidents qu'on a à craindre avec la teinture d'iode sont bien plus graves et bien plus fréquents qu'avec l'injection de vin. C'est ce qui résulte de toutes les études faites avec impartialité. C'est à quoi se résume l'article de Boinet dans son iodothérapie.

En somme, que résulte-t-il et que pouvons-nous conclure de l'historique que nous venons de faire des divers traitements de l'hydrocèle? Nous aurions voulu établir sur des faits nombreux et bien observés, sur des autopsies bien faites, cette loi que tous les chirurgiens connaissent et appliquent tous en pratique, mais que presque tous ceux qui écrivent ont l'air d'ignorer : il existe plusieurs sortes d'hydrocèles. Il existe également plusieurs méthodes et plusieurs procédés de traitement. On doit appliquer à chaque cas le procédé qui lui convient. Ainsi nous sommes d'avis que l'on ne doit pas pratiquer l'incision même avec les précautions antiseptiques sur des hydrocèles sim-

(1) Boinet. *Op. cit.*, p. 203.

ples. C'est une opération qu'on doit réserver pour les cas graves : hydro-hématocèle ; hydrocèle ancienne avec tunique vaginale très épaissie ; hydrocèle compliquée de lésions du testicule ou de l'épididyme curables par ce traitement ; hydrocèles suppurées ; hydrocèles rebelles aux autres traitements.

Après l'incision il existe une autre grande méthode : celle des injections. Nous les avons passées en revue. Le perchlorure de fer nous paraît devoir être expérimenté encore avant de passer dans la pratique courante. L'injection d'alcool donne des succès, mais d'une façon très inconstante.

L'injection de vin est peut-être un peu trop irritante et doit être réservée pour certains cas rares où l'on ne manquera pas de s'entourer des plus grandes précautions.

L'injection de teinture d'iode au tiers est encore celle qui donne le plus grand nombre de succès et dont on devra se servir pour les cas ordinaires.

Et cependant, elle présente quelquefois des inconvénients qui sont :

Gangrène dans les opérations mal faites ;

Douleur excessive quelquefois pouvant aller jusqu'à la syncope, se propageant dans le ventre et pouvant durer plusieurs heures ;

Tétanos dans des cas exceptionnels ;

Inflammation trop vive pouvant amener une péritonite et aboutir à la suppuration ;

Adhérences trop serrées entraînant la stérilité.

CHAPITRE III

Historique de l'Injection phéniquée dans l'Hydrocèle.

En présence de ces faits : insuccès des autres procédés d'injection ; accidents graves parfois de l'injection iodée, ne convenait-il pas de rechercher un agent qui pût éviter ces mécomptes? C'est ce qu'on a fait à l'étranger.

Les Anglais, les Allemands, les Italiens ont expérimenté ce procédé. Nous commencerons par les Anglais. Leurs travaux sur ce sujet sont plus nombreux. Ils sont peut-être même les premiers qui aient fait usage de l'injection phéniquée dans l'hydrocèle Si, en effet, nous lisons le numéro du 6 novembre 1880 du *Philadelphia médical Times* (1), nous y trouverons ceci. R. J. Levis établit qu'il pratiquait depuis 1872 le traitement de l'hydrocèle par les injections d'acide phénique dans la vaginale. La méthode consistait à

(1) R. J. Levis. *Radical treatment of hydrocele by injections of carbolic acid (Philadelphia medical Times,*, 6 nov. 1880).

évacuer tout le liquide à l'aide d'un trocart ordinaire et à injecter avec une seringue à longue canule *(slender nozzle of a syringe)* deux grammes (1/2 drachme) d'acide phénique pur additionné de quelques gouttes de glycérine. Cette injection n'a jamais été suivie de douleur, mais plutôt d'une sensation d'engourdissement (*a sensation of numbness rather than of pain*). Levis affirme que le fait est dû à l'action anesthésique de l'acide phénique. En tout cas, ce procédé est moins douloureux que la teinture d'iode, et ne donne jamais lieu à de la suppuration. Levis recommande d'éviter de laisser tomber l'acide phénique sur le scrotum. Telle était, dit-il, sa pratique dès 1872.

La même année, le même Levis publie un autre mémoire sur le traitement de l'hydrocèle et des kystes séreux en général par l'injection d'acide phénique. Nous avons pu lire le compte-rendu de ce mémoire dans le *Boston médical* de l'année (1). Le but de l'auteur est d'obtenir l'oblitération du sac séreux par inflammation plastique tout en évitant la suppuration.

Il se sert d'une solution saturée d'acide phénique et en injecte une quantité variable dans la poche. Ce qu'il recommande surtout, c'est de se servir d'une seringue spéciale terminée par un tube long et mince, *nozzle slender*, pour empêcher tout reflux du liquide sur le scrotum ou sur les doigts de l'opérateur. Il pratique également la malaxation de la poche kystique. Le malade éprouve une sensation de chaleur. Jamais il n'a constaté d'effets toxiques ni de récidive ; et il a toujours évité la suppuration du sac. Il signale cependant le cas d'un testicule probablement sarcomateux où l'injection fut suivie

(1) *Boston médical and surgical journal*, vol. CV, n° 23, p. 540, 8 décembre 1880.

d'inflammation et de suppuration. Dans trois cas, où l'injection de teinture d'iode avait échoué, l'injection d'acide phénique amena la guérison.

Ce mémoire de Levis sur l'injection d'acide phénique dans les kystes séreux, dut avoir, en Angleterre, un grand retentissement. Car nous venons de citer deux journaux anglais, celui de Philadelphie et celui de Boston. Un troisième, *La Lancette* (1), parle également de l'injection de 30 à 60 grains d'acide phénique pur, liquéfié à 10 p. 100 de glycérine amenant rapidement et sans douleur la guérison des kystes séreux par inflammation plastique de leurs parois. Après une grande pratique, il n'y aurait pas eu un seul insuccès.

Un an plus tard environ, on pouvait lire dans un journal de New-York un article de Robert et de Weir (2) sur un nouveau traitement de l'hydrocèle. Weir s'exprime ainsi : « J'ai modifié le procédé de Wolkmann ; j'évacue le liquide » à l'aide d'un gros trocart. Par la canule, *in situ*, j'injecte » une solution au (50e) (ou au 15e) avec de la glycérine » (pour favoriser la solution d'acide phénique), de façon à » laver largement la cavité. *(So as to wast out the cavity* » *thoroughly).* »

Un petit tube à drainage est introduit par la canule qu'on enlève alors. — Le tout est fait sous le spray avec pansement de Lister. Le tube est enlevé le 3e, le 4e ou le 5e jour ; et, au bout d'une semaine, on abandonne l'antisepcie. Dix cas traités ainsi eurent un résultat heureux. Dans un cas, il y eut de l'inflammation due à la turbulence du patient qui avait défait son pansement antiseptique.

(1) *The Lancet*, 3 déc. 1881.

(2) *Medical Record New-York*, 15 juillet 1882, p. 57. — *On some new methods of treating hydrocèle, by Robert F. Weir*, M. D.

Disons en passant que ce procédé de Weir constitue une véritable opération. Ce n'est qu'un diminutif de l'opération de Wolkmann différant beaucoup de l'injection simple.

Robert, dans le même journal, publie une statistique. Sur trente patients opérés comme Weir, et dont quatre portaient des hydrocèles doubles, il compte un seul insuccès. Dans la majorité des cas, il se reforme peu de liquide ; mais il se produit un épaississement (Thickening) considérable de toute la vaginale (pariétale et viscérale). La guérison ne peut pas se faire attendre plus de trois ou quatre semaines. On ne constate rien dans les urines. La quantité de liquide injecté a varié de un demi à un et demi drachme.

Nous venons de le voir, Robert note un épaississement de la vaginale tant pariétale que viscérale. Mais il ne faut pas l'oublier : son opération donne lieu à de la suppuration puisqu'il met un drain et que la guérison peut se faire attendre plusieurs semaines. L'injection phéniquée, telle que la pratiquait Levis, ne doit pas amener une inflammation si grande de la vaginale.

Nous venons de donner la relation d'une quantité assez considérable d'observations d'hydrocèles traitées par l'injection phéniquée. Une chose nous frappe, c'est un si grand succès (les auteurs signalent à peine, nous l'avons vu, un ou deux insuccès dûs encore à des circonstances tout à fait exceptionnelles). Nous admirons combien les procédés réussissent mieux en Angleterre qu'en France. Il faut pour cela ou que les hydrocèles n'affectent pas une si grande variété de formes que chez nous, ou que les opérateurs ne traitent qu'une certaine catégorie. Si, en Angleterre comme en France, toutes les hydrocèles ne se ressemblent pas, les Anglais feraient bien de donner les indications et les contre-indications de l'injection phéniquée.

Si nous parcourons les publications allemandes, nous trouvons que, là aussi, on a pratiqué des injections phéniquées dans l'hydrocèle. Ainsi Schaetzke (de Trebnitz) publie sa méthode dans un journal de Berlin en 1879 (1). Il injecte 15 grammes d'une solution phéniquée à 8 p. 100, et il applique sur le scrotum un bandage compressif en diachylon. Il donne à l'appui de son procédé quatre observations couronnées de succès. Comme cette injection produit une irritation assez grande, Schaetzke conseille de faire d'abord une injection avec une solution à 3 p. 100 pour habituer les tuniques vaginales à l'action caustique de l'acide phénique.

Les Italiens quoiqu'un peu en retard essayent, eux aussi avec succès les injections d'acide phénique dans l'hydrocèle. Ils modifient, il est vrai, un peu le procédé; voici, en effet, qu'elle est la méthode conseillée par Bompiani et qu'on lit dans les journaux italiens de l'année 1882 (2) : Nous donnons *in-extenso* le compte-rendu donné par Jullien dans la *Revue de Chirurgie* (3), ces journaux ne se trouvant ni à Bordeaux ni à Paris. Voici donc les temps de l'opération telle que la pratique Bompiani :

1° Ponction et évacuation avec un trocart;

2° Lavage de la vaginale avec une solution d'eau phéniquée et évacuation;

3° Application de points de suture profonde réunissant la face antérieure à la face postérieure du scrotum. Une

(1) Schaetzke (de Trebnitz). *Zur Heilung der hydrocele in Berliner Klinische Wockensie*, n° 39, p. 588 (29 septembre 1879).

(2) Bompiani. *Nouveau traitement de l'hydrocèle : in Bolletino della Societa Lancisiana degli ospedali di Roma*, Aprile 1882 *et in Lo Sperimentale* (juillet 1882).

(3) *Revue de Chirurgie* an 1883, t. XI, p. 577.

première série de points doit être disposée demi-circulairement autour du bord libre du testicule, puis on en applique une seconde ligne en dehors de la première.

Les adhérences se produisent sans exciter une grande inflammation, et la guérison est définitive. »

Ce court historique montre que les étrangers avaient vu les inconvénients de l'injection de teinture d'iode et qu'ils avaient cherché à y parer. Mais comme toujours, ils se sont lancés dans l'exagération. Et à les entendre, on croirait qu'avec l'injection d'acide phénique, les hydrocèles vont disparaître de la surface du globe. Le nombre de leur succès est réellement trop considérable d'après leurs statistiques pour que l'affirmation n'en paraisse pas étrange. Au moins faut-il avouer qu'ils sont tombés sur une série tout à fait exceptionnelle.

Nous ne connaissons pas, en France, de travaux récents publiés sur cette matière. Les seuls qui nous soient connus appartiennent au traitement des arthrites, et ont été publiés par les promoteurs de la méthode antiseptique. Il nous a paru intéressant de combler cette lacune et de présenter dans leur ensemble les faits qui appartiennent à M. le professeur Lanelongue (de Bordeaux).

Certes, les injections phéniquées dans les articulations avec les résultats brillants qu'elles ont obtenus, (1) étaient bien de nature à encourager les chirurgiens à employer pour d'autres séreuses les lavages phéniqués. M. Lanelongne n'a pas agi autrement, lorsqu'il a eu l'idée de traiter l'hydrocèle par l'injection phéniquée. Dans le service de notre excellent maître, au lit n° 4 de la salle 17, était un homme atteint d'arthrites blennorrhagiques avec hydar-

(1) Piéchaud. *De la ponction et de l'incision dans les maladies articulaires. Th. doctorat*, Paris 1880, p. 137 et 138.

throses dans les deux genoux. Comme le début de cette affection était déjà ancien, que tous les traitements échouaient, M. Lanelongue voulut réveiller la réaction dans ces tissus. Aussi, armé d'un aspirateur Dieulafoy plein d'eau phéniquée à 25 grammes pour 1000, fit-il dans l'un des deux genoux une injection de cette solution. Ayant malaxé quelques instants l'articulation, il voulut retirer le liquide injecté. Mais la canule du trocart s'obstrua, et M. Lanelongue fut obligé de laisser dans le genou une certaine quantité d'eau phéniquée. Craignant des phénomènes inflammatoires graves, il immobilisa le genou très complètement en surveillant la température. Mais grands furent son étonnement et sa satisfaction quand au bout de quelques jours, sans qu'il se fut passé aucun phénomène inquiétant, il retrouva l'articulation du genou complètement vide.

La guérison de ce genou était complète, et elle persista. D'une séreuse articulaire à la séreuse testiculaire, il n'y a pas si loin. Aussi, édifié sur l'innocuité du procédé, il profita de la première occasion qui se présenta pour en faire l'expérience. Le hasard le servit à souhait, comme le prouvent plus loin nos observations.

Mais avant d'entrer en plein dans le chapitre du traitement de l'hydrocèle par l'injection phéniquée, nous devons faire un retour sur l'ensemble des faits qui ont établi l'action salutaire des injections phéniquées sur les séreuses. Nous les trouvons énoncés très complètement dans l'excellente thèse de doctorat de notre bienveillant maître M. le professeur agrégé Piéchaud (1). Nous n'avons presque qu'à citer textuellement (2) : « Depuis quelques années,

(1) T. Piéchaud. *Op. cit.*
(2) *Ibid.*, p. 37.

» en Allemagne, on connaît, sous le nom de ponction anti-
» septique ou d'opération de Schede, l'évacuation des col-
» lections liquides intra-synoviales suivie de l'injection
» d'une solution phéniquée...

» La méthode antiseptique veut que tout épanchement
» dont les tendances sont suspectes et font craindre une
» longue durée soit *immédiatement* traitée par la ponction.

» ...En pareil cas (1), l'acide phénique ne paraît pas avoir
» d'action spécifique, l'*évacuation complète* est surtout
» importante. Il se développe sur la synoviale, après
» l'injection, une inflammation peu grave, puis l'épanche-
» ment disparaît définitivement. Toute substance antisep-
» tique pourrait probablement donner les mêmes résultats.
» L'évacuation complète de l'épanchement a une telle
» importance que, dans les cas chroniques d'hydarthrose,
» par exemple, on est quelquefois obligé de revenir un
» grand nombre de fois à la ponction et à l'injection phé-
» niquée. Les suites de l'opération sont simples, avons-
» nous dit. D'après l'auteur lui-même, elles sont :

» 1° Ou nulles, sans fièvre, sans retour de l'épanche-
» ment;

» 2° Ou accompagnées de synovite plus ou moins faible,
» avec nouvel épanchement, mais épanchement temporaire
» qui disparaît bientôt;

» 3° Il peut se produire un exsudat sans symptômes de
» réaction, exsudat qui disparaîtra ou bien persistera.

» Les deux premières terminaisons sont les plus fré-
» quentes; la dernière a été surtout signalée dans les
» hydarthroses chroniques, avec épaississement des mem-
» branes; les doses d'acide phénique doivent alors être
» augmentées, souvent les ponctions multiples seront

(1) *Ibid.*, p. 38.

» nécessaires, et même l'injection iodée trouvera enfin son » utilité. »

« ..... On devra ponctionner : 1° Dans les cas de syno- » vite aiguë due à une exsudation très forte, faisant crain- » dre la rupture de la capsule ou occasionnant une grande » douleur ;

» 2° Dans les épanchements séreux subaigus et chroni- » ques, si un traitement approprié n'amène pas la résorp- » tion spontanée en peu de temps. C'est le cas de l'hydar- » thoise chronique qui résiste aux moyens en usage ;

» 3° Dans les cas d'épanchements articulaires qui abou- » tissent à la suppuration et que Volkmann appelle suppu- » rations articulaires catarrhales ;

» 4° On ponctionnera les épanchements de sang trauma- » matiques ;

» 5° On ponctionnera certains cas d'arthrite urique avec » épanchement augmentant ;

» 6° Les arthrites parenchymateuses suppurées qui » tendent à la perforation. »

Ainsi donc, pour résumer la méthode de Schede, l'injection phéniquée dans les séreuses en général doit être faite *immédiatement, après évacuation complète du liquide.* Les suites sont simples en général ; quelquefois une seule injection ne suffit pas ; il faut les renouveler ; ou même il faut faire l'injection iodée. Enfin, il donne les indications de cette injection. Nous verrons plus loin si elles sont les mêmes pour les séreuses articulaires et pour la séreuse testiculaire. Ce sera l'objet de la fin de notre dernier chapitre.

OBSERVATIONS

Abordons de suite notre traitement. Et puisque nous venons d'emprunter à la thèse de M. le Dr Piéchaud le chapitre entier sur le traitement des séreuses par l'injection phéniquée, il est inutile d'y revenir; nous pouvons commencer l'exposition, l'analyse et le classement des observations d'hydrocèles traitées par l'injection phéniquée dans son service de clinique par M. le professeur Lanelongue.

Ces observations sont au nombre de six. Elles peuvent se diviser en trois séries :

La première comprendra des observations d'hydrocèles simples de date récente, chez des sujets jeunes et bien portants. Elle comprendra trois observations. — A cette série nous rattachons une quatrième observation de kyste spermatique de l'épididyme que nous y joignons en raison de la marche analogue et rapide vers la guérison.

La seconde série comprendra une seule, mais remarquable observation d'hydrocèle symptomatique d'une lésion épididymaire probablement tuberculeuse traitée inutilement par deux injections phéniquées, et que deux injections de teinture d'iode ont à peine modifiée.

La troisième et dernière série sera constituée par une observation d'hydrocèle simple, mais de date ancienne (quatre ans) chez un sujet déjà âgé. Ici, l'injection phéniquée n'a pas produit d'amélioration. La teinture d'iode a eu à peu près raison de l'épanchement péritesticulaire.

Observation I.

Hydrocèle vaginale gauche; injection phéniquée à 50 p. 1000; guérison.
(Personnelle.)

Prévot Jean, vingt-trois ans, célibataire, cultivateur, habitant Arbis; entré le 8 janvier 84, salle 17, lit 24, pour un gonflement survenu depuis quatre mois environ au niveau de son testicule gauche. Avant cette époque, il n'y avait prêté aucune attention. Le hasard seul lui a fait remarquer cette augmentation de volume, qui, du reste, ne détermine chez lui aucune douleur. Le poids le gêne un peu dans la marche, Aussi fait-il usage d'un suspensoir. C'est l'accroissement progressif et continuel qui l'a décidé à entrer à la clinique.

P.. J. raconte, en effet, que jamais il n'en a souffert; que jamais la peau n'est devenue enflammée à ce niveau. Il nous apprend, en outre, que tous les membres de sa famille jouissent et ont toujours joui d'une parfaite santé. — Lui-même n'a eu aucune maladie ni dans son enfance ni dans son adolescence.

Examen local. — On constate une distension considérable des bourses du côté gauche. Pas de développement veineux anormal. La peau est légèrement luisante, paraît amincie et ne présente aucune bosselure. La tumeur est piriforme à sommet supérieur. La bandelette de Béraud est très peu manifeste. Il existe une fluctuation évidente. La tumeur n'est pas réductible à travers l'anneau inguinal.

La pression n'est nullement douloureuse, sinon à la partie postérieure interne et inférieure. La transparence est très complète. La tunique vaginale ne paraît pas épaissie. L'épididyme ne présente rien d'anormal, non plus que la face postérieure du testicule; le cordon paraît sain. Aucune induration. — Le testicule, l'épididyme et le cordon du côté opposé ne présentent rien de particulier. Pas d'hydrocèle de ce côté. — Prostate et vésicules séminales : saines.

État général. — Aucun trouble du côté de l'appareil urinaire. L'aspect général dénote une constitution vigoureuse et robuste. Rien d'anormal ni à l'appareil respiratoire, ni à l'appareil digestif, pas plus qu'au système nerveux ni aux autres organes.

En somme : hydrocèle vaginale gauche récente, dûe probablement aux froissements répétés des bourses auxquels expose le métier de travailleur de terre, chez un sujet jeune et bien portant.

Opération. — 9 janvier. Le malade étant dans le décubitus dorsal, on lave son scrotum avec un tampon d'ouate trempée dans une solution d'acide phénique à 25 gr. pour 1000. Un aide comprimant le cordon au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, M. Lanelongue ponctionne la tumeur vers le tiers inférieur de la face antérieure et obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Il se sert pour cela d'un petit trocart droit muni d'une canule à robinet et dont la pointe est préalablement trempée dans de l'huile phéniquée. Le robinet ouvert, la canule donne issue à un liquide limpide citrin, inodore, moussant à l'air, ne contenant pas de paillette de cholestérine. M. Lanelongue assure l'écoulement complet du liquide en refoulant avec la main à travers le scrotum la tunique vaginale sur la canule. Il évite ainsi l'entrée de l'air. Les dernières gouttes étant exprimées (il s'en est écoulé 250 gr. environ), le robinet est fermé. L'exploration étant plus facile révèle que le testicule a son volume normal ; l'épididyme n'est pas induré.

Une solution a été spécialement préparée au titre de 50 grammes d'acide phénique pour un litre d'eau. C'est la solution dont se sert M. Lanelongue. Il l'injecte dans la cavité vaginale à l'aide d'une seringue ordinaire à l'hydrocèle ajustée avec la canule à robinet, de façon à éviter le plus possible l'entrée de l'air. (Malgré les précautions prises pour cela, il en est presque toujours entré une petite quantité, l'adaptation n'étant pas exacte). La solution est poussée lentement jusqu'à ce que la tunique vaginale ait repris les trois quarts du volume qu'elle avait avant d'être vidée. A ce moment le robinet est fermé et la seringue retirée. La malade accuse, non pas une véritable douleur, mais une sensation de distension. M. Lanelongue malaxe les bourses. Le malade ressent alors une légère astringence, une espèce de picotement qui se propage assez faiblement le long du cordon. Il ne retire le liquide qu'après quatre minutes de séjour. Mais il le retire en totalité. Il a changé d'aspect et a pris une couleur savonneuse. M. Lanelongue injecte dans la vaginale une nouvelle quantité

de la même solution phéniquée (80 gr. environ). Il brasse encore une demi-minute et le fait écouler en grande partie. Il en laisse environ une trentaine de grammes. Il retire enfin la canule en prenant les précautions qu'on doit toujours prendre en pareil cas : c'est-à-dire en pinçant entre le pouce et l'index de la main gauche le scrotum et la tunique vaginale de chaque côté de la canule, de façon à les faire glisser sur cette dernière, à maintenir ces deux tuniques l'une contre l'autre, et à fermer l'ouverture de la plaie, dès que l'extrémité de la canule sera retirée; évitant ainsi l'entrée de l'air dans la cavité vaginale, le décollement du scrotum et de la tunique vaginale, en même temps que l'entrée de l'air et de la solution dans ce décollement. Le liquide retiré le dernier, possède lui aussi, mais à un bien moindre degré, la coloration savonneuse. Aucun pansement n'est fait au niveau de la piqûre, les contractions du dartos en effaçant même la trace sous un pli du scrotum. On place de l'ouate roulée en coussin entre ses cuisses de façon à soulever ses bourses au niveau de l'abdomen et à empêcher toute espèce de froissement. M. Lanelongue ordonne le séjour absolu au lit.

9 janvier, soir. Les bourses ont augmenté de volume depuis le matin; elles sont aplaties en forme de violon, très légèrement rouges. Le malade a ressenti toute la journée des picottements très supportables, analogues à ceux éprouvés pendant l'opération, un peu plus intenses, peut-être. La température est normale; le pouls normal aussi; pas d'agitation.

10 janvier, matin. Le volume des bourses a encore augmenté; il atteint les deux tiers de ce qu'il était avant la ponction. Elles se sont un peu arrondies; mais la chaleur, bien qu'augmentée, n'en est pas exagérée; l'inflammation n'est pas trop grande. Les picotements ont cessé hier soir, vers quatre heures et demie. Même état général que la veille.

10 janvier, soir. Même état général et local que le matin; le volume n'a pas accru.

11 janvier. Même état. Un peu moins d'inflammation; un peu plus de souplesse des bourses.

12 janvier. Légère diminution de volume. Diminution sensible de l'inflammation et souplesse de plus en plus grande des bourses.

13 janvier. Le volume continue à diminuer sensiblement (du tiers environ); l'inflammation a presque complètement disparu, sauf un peu de sensibilité à la pression. État général excellent.

14 janvier. Le volume est diminué de moitié; le malade se lève pour la première fois, demi-heure environ, en se munissant d'un suspensoir.

15 janvier. Très notable diminution de volume. Le malade se lève deux heures.

16 janvier. Les bourses sont à peu près normales; plus de sensibilité à la pression; souplesse complète. Le malade se lève toute la journée, sans retentissement fâcheux sur son testicule.

17 janvier. Le malade reste levé toute la journée et marche un peu sans inconvénient.

18 janvier. Le malade demande à partir. On lui recommande un peu de repos et l'usage continuel d'un suspensoir. Les bourses du côté malade sont un peu plus volumineuses que celles du côté opposé; mais elles paraissent aussi souples et ne sont pas douloureuses. Il ne paraît rester aucune trace de liquide dans la vaginale.

Ici, nous croyons qu'il est inutile de nous demander s'il y a eu adhérence complète de la tunique vaginale avec le testicule. On peut répondre, il nous semble, négativement. Qu'il reste encore quelques brides, soit; mais elles peuvent se résorber en grande partie avec le temps, et le testicule qui a été malade devra fonctionner comme l'autre, étant données les excellentes conditions dans lesquelles s'est faite l'opération, la rapidité de la guérison. Tout porte à croire que si le traumatisme n'intervient pas et si quelqu'inflammation ne vient pas réveiller le reliquat inflammatoire, il n'y aura pas de récidive et que le malade bénéficiera complètement du traitement par l'injection phéniquée.

Quel eût été ici le résultat du traitement iodé? En supposant même qu'il ne soit survenu aucun accident opératoire, nous pouvons supposer avec raison que l'inflammation eût été plus vive et qu'elle aurait déterminé des adhérences plus nombreuses; qu'elle eût été, par conséquent, une opération plus grave.

Observation II.

Hydrocèle vaginale droite; injection phéniquée; guérison. (Personnelle.)

Mauny (Charles), vingt-neuf ans, entre le 20 mars 1884 au service de clinique de M. le professeur Lanelongue, salle 17, lit 33, hôpital Saint-André, pour une hydrocèle vaginale droite assez volumineuse, dont le début remonte à cinq mois et demi environ et dont il ignore la cause.

Pas de trace de tuberculose héréditaire. Les antécédents personnels sont absolument indemnes. Pas de syphilis.

Examen. — Hydrocèle assez volumineuse, très transparente, ne remontant pas dans l'anneau. Testicule et épididyme sains occupant la situation habituelle dans l'hydrocèle. L'examen des autres organes ne révèle rien d'anormal.

Opération. — Le 21 mars, M. Lanelongue fait une injection d'eau phéniquée comme pour le malade de l'observation I, sauf que la durée du séjour de la solution phéniquée est un peu plus longue (cinq minutes au lieu de quatre).

Mêmes suites. — Les picotements ne sont pas si intenses. Seulement, ils durent jusqu'à six heures du soir. De plus, le gonflement ne commence à diminuer que douze heures plus tard environ. Pour le reste, mêmes phénomènes. Le séjour au lit dure un jour de plus. Le malade sort guéri, le 31 mars 1884. Il n'a pas été revu depuis.

Observation III.

Hydrocèle double; injection phéniquée à droite; lever intempestif le quatrième jour; guérison retardée. (Personnelle.)

Delmas (Paulin), cinquante-deux ans, employé de bureau à la maison Vieillard et C^ie^, entre à la clinique salle 17, lit 5, le 15 janvier 1884, pour un gonflement au niveau du testicule droit ayant débuté il y a à peu près soixante-dix jours. Il ne s'en était pas aperçu auparavant. Il n'a souvenir d'aucune espèce de traumatisme à ce niveau. A ce

moment, le volume était celui d'un œuf de poule environ. D... P. ne ressentait aucune douleur et n'était nullement incommodé. Mais le volume n'a fait qu'augmenter depuis ce moment. Bien que cet accroissement eût eu lieu progressivement et sans douleur aucune, depuis quelques jours (un mois environ), D... P., quand il marche, est obligé de porter un suspensoir.

Il raconte, en outre, qu'il y a douze ans il a eu un petit écoulement uréthral blennorrhagique dont la guérison a été complète au bout de un mois et demi. Il n'en a pas eu depuis. Pas d'orchite. Pas de chancre. Il n'a jamais souffert de la poitrine; n'a jamais eu de palpitations de cœur, ni de trouble des voies digestives. Il nous dit seulement qu'à l'âge de dix-sept ans, il a été atteint de douleurs de coliques néphritiques; qu'il a rendu depuis spontanément douze calculs, dont le plus volumineux (le premier) était gros comme un petit soisson. Il y a actuellement dix ans qu'il a rendu le dernier. Depuis il n'a eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital.

Les antécédents héréditaires paraissent sains.

Examen local. — Il montre une hydrocèle volumineuse de la tunique vaginale droite avec tous les caractères ordinaires d'une hydrocèle simple.

Autour du testicule gauche, on trouve le même épanchement séreux, mais en petite proportion. Le testicule et l'épididyme sont sains des deux côtés et ne présentent pas d'inversion.

Etat général. — Il est excellent. L'examen des autres organes ne révèle rien d'anormal.

Opération. — 17 janvier 1884. Ponction et injection de la solution phéniquée à 50 grammes p. 1000 dans la vaginale du côté droit. Un seul lavage dont la durée est de cinq minutes. Rien pour le côté gauche. Même sensation douloureuse que pour les sujets des deux premières observations. Irradiation rénale semblable aux douleurs de colique-néphritique. Pendant les deux premiers jours, mêmes suites pour l'état général et local.

Le gonflement ne commence à diminuer que le soir du troisième jour. Le quatrième jour, la diminution de volume est très sensible et l'inflammation disparue.

Le lendemain, on constate avec étonnement que l'inflammation a recommencé, que les bourses ont augmenté de volume. Et on apprend que le malade se croyant guéri s'est levé et a marché la veille (sans autorisation).

(Remarquons, en passant, que nos malades ont été soumis au repos, contrairement à la pratique des Anglais qui permettent à leurs malades de marcher le jour même de l'injection.)

Le repos absolu au lit est prescrit de nouveau, et cette fois la prescription est exécutée ponctuellement. Un cataplasme est placé sur le testicule droit.

Le lendemain, l'inflammation a disparu; le gonflement a diminué pour ne plus reparaître. Le 26 janvier, le malade demande à partir. Le testicule et les bourses du côté droit ont encore le volume d'un œuf de dinde, mais sont souples et non enflammés. L'hydrocèle du côté gauche, n'a pas changé. On recommande au malade de faire usage d'un suspensoir.

Delmas n'a pas été revu depuis.

Inutile d'insister pour faire remarquer que s'il y a eu une irrégularité dans la marche de la guérison, cela est dû uniquement à l'imprudence du malade. Il ne faut donc pas en incriminer l'injection phéniquée. A ce titre, cette observation mérite d'être classée dans la première série.

De l'observation de ces trois cas, nous croyons être en droit de conclure qu'il eût été bien inutile de faire courir aux sujets porteurs de ces hydrocèles simples tous les dangers de l'injection iodée que nous avons énumérés, et sur lesquels nous ne voulons pas revenir.

Si on a affaire à un jeune homme bien portant; que le traumatisme puisse seul être invoqué comme cause productrice d'une hydrocèle récente; le faire bénéficier des avantages de l'injection phéniquée; tel est, croyons-nous, le devoir du chirurgien.

Mais qu'on ne nous accuse pas de prendre parti pour un mode de traitement qui n'est pas encore définitivement établi par l'expérience. Nous montrer partisans convaincus

de l'injection phéniquée, ne peut être une faute, puisque les faits sont là qui nous prouvent l'excellence des résultats quand il s'agissait d'autres séreuses. L'iode, pour les services qu'il nous a rendus, a droit au plus grand respect, mais s'il a des inconvénients, s'il ne réalise pas absolument le désidératum chirurgical quand il s'agit d'un organe aussi délicat, aussi important que le testicule; si, en un mot, il compromet la santé, la vie de cet organe, nous devons chercher d'autres moyens qui lui soient supérieurs.

L'expérimentation, ici, n'a rien de blâmable dans tous les cas, puisque nous le répétons, l'acide phénique a fait ses preuves. Tout au plus pourra-t-on s'exposer par trop de prudence à avoir des insuccès. Pour notre part nous aimerions mieux encore reculer la question, ou, du moins lui faire un lent acheminement vers le succès en agissant avec prudence, qu'imiter la pratique anglaise qui se sert toujours de solutions très-fortes. Les auteurs anglais publient beaucoup de résultats heureux, mais nous regrettons de ne pas connaître davantage le détail de leurs obsvations.

Que nous sachions bien une fois pour toutes comment agit l'acide phénique à dose modérée, nous arriverons vite à le mieux connaître quand il sera employé en solution plus forte et sans nous montrer excessif (accusation que nous ne saurions pas mériter maintenant), nous sommes certains qu'il aura bientôt la sanction de l'expérience.

Observation IV.

Hydrocèle enkystée (spermatique) de l'épididyme; injection phéniquée guérison. (Personnelle).

Lataste Pierre, 47 ans, garçon de salle, marié, né à Laboutait (Basses-Pyrénées) entre à l'hôpital Saint-André le 15 février 1884. Il est

placé au service de clinique de M. le professeur Lanelongue, salle 17, lit 5. Il vient se faire soigner pour une tumeur développée au niveau des bourses du côté gauche dont le début remonte à sept ans. A cette époque, il remarqua une petite grosseur molle, du volume d'une noix, qui remontait, dit-il, tout à fait dans le ventre. Jusqu'à il y a deux ou trois ans, elle avait conservé ces mêmes caractères, mais avait atteint environ le volume d'un gros œuf de poule. Elle était, du reste, placée un peu au-dessus et en arrière de son testicule. Dans ces trois dernières années, le grossissement a été un peu plus rapide, bien qu'il se soit fait progressivement, sans inflammation et sans douleur. L'augmentation de volume a eu toujours lieu dans le même sens; le testicule a toujours été poussé à la partie inférieure. Depuis un mois et demi environ, l'état reste à peu près stationnaire; mais le volume le gênant, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Interrogé sur la cause probable de sa maladie, il prétend l'ignorer complètement. Il ne se souvient d'avoir subi aucun traumatisme sur cette région. Il n'est pas exposé à des froissements habituels. Il n'a jamais ressenti de craquement à ce niveau. Il affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; on n'en trouve pas les traces. Il n'a jamais eu de tumeur nulle part, et a toujours joui d'une excellente santé. Marié depuis douze ans, il est père de deux enfants qui se portent bien. — Rien à noter chez ses ascendants.

Examen local. — On constate l'existence d'une intumescence très volumineuse (volume d'une grosse orange environ) occupant la partie supérieure du scrotum droit. La forme est ovale à grand diamètre oblique de haut en bas et un peu d'avant en arrière, à grosse extrémité située en haut à petite extrémité légèrement recourbée en crochet. La peau, à son niveau, est lisse, tendue, ne présente pas de coloration anormale. Elle est mobile sur les autres tissus; sa température n'est pas surélevée. La tumeur est molle, très fluctuante, et possède la même consistance dans toute son étendue, sauf à la partie inférieure. La pression ne refoule pas le liquide dans la cavité péritonéale et ne provoque de douleur que tout à fait à la partie inférieure, où la douleur testiculaire se manifeste. L'examen montre bien que c'est le testicule qui se trouve à ce niveau avec tous ses caractères normaux ne présentant aucune apparence d'altération, facilement accessible, surplombé et repoussé par la tumeur dont la partie inférieure fait corps avec l'épididyme. La transparence est manifeste dans toute l'étendue, sauf au niveau du testicule.

Le testicule et ses annexes paraissent sains du côté opposé. — Organes urinaires également sains.

Examen général. — L'état des autres appareils examinés un à un ne présente rien de particulier à signaler. — La constitution générale est bonne.

Opération. — Le 19 février 1884, M. Lanelongue fait à cet homme une ponction suivie d'injection d'eau phéniquée à 50 gr. pour 1000, exactement de la même façon que pour une hydrocèle ordinaire. Voici l'analyse que nous avons faite au laboratoire d'anatomie pathologique du liquide retiré du hyste par la ponction :

Réaction légèrement acide.

Odeur légèrement fade.

Couleur savonneuse par l'agitation. Par le repos, devient claire à la partie supérieure.

Albumine par la chaleur et l'acide azotique combinés.

Pas de paralbumine.

Pas de mucine.

Pas de sucre.

Par le repos, dépôt blanchâtre abondant, composé de spermatozoïdes (nous n'en avons vu aucun vivant).

Après avoir vidé complètement la poche kystique, M. Lanelongue injecte de l'eau phéniquée à 50 grammes pour 1,000 qu'il fait écouler au bout de cinq minutes. Cette eau provenant du lavage, recueillie et analysée, présente les caractères suivants :

Réaction acide.

Couleur lactescente.

Pas d'albumine.

Par la chaleur et l'acide azotique combinés, précipité rouge très abondant, ayant l'odeur de l'acide cyanhydrique.

Pas de paralbumine.

Pas de mucine.

Pas de sucre.

Par le repos, dépôt blanchâtre, léger et mobile formé par de petites membranes minces que l'étalement facile sur une lamelle permet d'examiner au microscope. La coloration au picrocarmin et au nitrate d'argent permet de voir que ces membranes sont formées uniquement d'éléments cellulaires juxtaposés. Ce sont des cellules épithéliales pavimenteuses dont le contour est décélé par le nitrate d'argent et le noyau central par le picrocarmin.

Cette injection provoque une douleur très supportable, qui ne dure pas plus de trois heures et ne reparaît plus. Un léger gonflement survient le soir même ; mais sans inflammation et sans fièvre. Il disparaît complètement dès le quatrième jour, le malade sort guéri le 29 février 1884.

Il n'a pas été revu depuis.

L'analyse que nous avons faite des liquides nous a permis de confirmer le diagnostic porté de kyste spermatique. Mais elle nous a permis de voir l'action de l'acide phénique sur les parois du kyste, aussi bien que si nous en avions fait l'incision pour le laver sous nos yeux. Ces membranes épithéliales n'étaient autres que la desquamation opérée par l'acide phénique. Elles nous ont donné la mesure de son action.

Observation V.

Hydrocèle consécutive à orchite chronique traitée inutilement par l'injection d'eau phéniquée à 50 p. 1000 deux fois répétée, et presque aussi inutilement par l'injection de teinture d'iode deux fois répétée. (Personnelle).

Gaujeu (Georges), vingt-quatre ans, cuisinier à l'hôtel de Bordeaux (Bordeaux), entre le 6 avril 1884 à l'hôpital Saint-André, où il est placé à la salle 20 (petits payants), au lit n° 2. Il vient se faire soigner par M. le professeur Lanelongue pour un gonflement développé au niveau de son testicule gauche depuis un an environ. Voici ce qu'il raconte à ce sujet : Il a toujours eu le testicule gauche plus volumineux. A l'âge de seize ans, première atteinte de blennhorrhagie qui guérit complètement au bout d'un mois. Pas d'orchite. A l'âge de dix-huit ans, deuxième blennorrhagie sans orchite encore. A vingt deux ans, troisième blennorrhagie ayant duré un mois et demi environ, mais accompagnée d'orchite du côté gauche, ayant débuté le troisième jour et disparu au bout de huit jours. Un mois après, sans cause connue, et alors qu'il portait un suspensoir, il aperçut que

son testicule gauche devenait de plus en plus volumineux, et qu'il y éprouvait quelques élancements ainsi que des tiraillements à chaque excès de travail ou de boisson. Au bout de trois ou quatre mois (comme traitement il avait fait quelques frictions avec une pommade grise), les élancements avaient à peu près disparu; mais le volume qui n'avait fait qu'accroître progressivement avait acquis le développement qu'il présente à son entrée à l'hôpital.

Il affirme, en outre, qu'il n'a jamais eu d'hématurie; qu'il n'a jamais eu ni bubon, ni chancre, ni aucun autre accident vénérien. Il n'en porte pas les traces. Il est cuisinier depuis 1873. Il n'accuse aucune maladie ni dans son enfance ni depuis. Son père et sa mère sont actuellement bien portants; son grand-père et sa grand'mère sont morts de vieillesse. Une de ses sœurs, âgée de dix-sept ans, est maladive, mais ne tousse pas et n'a jamais craché de sang. Tous ses autres parents connus de lui se portent bien.

État actuel local. La peau du scrotum du côté gauche présente une coloration normale; elle est un peu luisante; pas d'œdème des bourses. Leur volume dépasse un peu celui d'un œuf de dinde. Elles sont piriformes à sommet dirigé en haut. La bande transversale de Béraud est très manifeste. La fluctuation est très nette; mais le liquide ne remonte pas dans la cavité péritonéale, la transparence, bien que très grande, permet néanmoins d'apprécier la position du testicule et la partie postérieure et médiane. La palpation révèle une épaisseur assez grande de la tunique vaginale, qui, jointe à sa distension, ne permettait pas d'apprécier bien exactement l'état de l'épididyme. Cependant la tête paraît être le siège d'un peu d'induration. Pas d'inversion du testicule. Le cordon est sain.

Le testicule et ses annexes sont sains du côté opposé.

Etat général excellent. Adiposité extrêmement prononcée.

Rien d'anormal aux poumons ni au cœur, ni dans les voies digestives, pas plus que dans les autres appareils de l'économie.

Première injection phéniquée, le 8 avril 1884. — La ponction faite comme par les autres opérés donne issue à 270 grammes environ d'un liquide limpide, citrin, moussant à l'air, ne présentant pas les reflets brillants de la cholestérine. Injection de 120 grammes d'eau phéniquée à 50 p. 1000. Séjour : trois minutes; malaxations. Le malade éprouve, à son dire, « une très légère douleur; pas une souffrance. » On constate la présence de l'air. L'eau phéniquée sort laiteuse; on en laisse une petite quantité.

8 avril, soir. Pas d'inflammation; pas de fièvre. Le scrotum commence à reballonner et à gonfler. Il gonfle jusqu'au lendemain soir.

9 avril. On constate une petite ecchymose au niveau de la piqûre; mais pas d'œdème inflammatoire. A partir de ce moment, il commence à diminuer de volume, mais presque insensiblement.

11 avril. Aucune diminution de volume depuis la veille. Pas de phénomène inflammatoire.

18 avril. Même état stationnaire. La transparence persiste; mais le liquide ne se résorbe pas. On surprend le malade à se lever : défense lui en est faite jusqu'à nouvel ordre.

Deuxième lavage phéniqué. — 22 avril. Comme le volume des bourses n'a pas diminué, que la transparence persiste, qu'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires, M. Lanelongue fait une nouvelle ponction et retire un liquide séreux, clair, citrin, presque semblable à du liquide d'hydrocèle. Il fait ensuite une injection d'eau phéniquée à 50 pour 1000 qu'il laisse six minutes en contact avec la vaginale. Quand il la vide, cette eau a pris une couleur savonneuse. Le malade n'a ressenti aucune douleur.

23 avril. Il y a eu un peu de gonflement, sans fièvre, sans inflammation.

25 avril. Ce gonflement persiste sans augmentation ni diminution.

Premier lavage à la teinture d'iode. — 1er mai 1884. Comme le volume des bourses du côté gauche ne diminue pas, que la transparence persiste, M. Lanelongue pratique une nouvelle ponction. Cette fois-ci, il retire un liquide séreux assez notablement teinté en rouge par des globules de sang venant de la tunique vaginale enflammée. Cette ponction est suivie d'une injection de teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau. Il laisse cette injection trois minutes dans la tunique vaginale. Le malade ne souffre que fort peu pendant la durée de l'injection. Mais, la canule retirée, il éprouve des douleurs contondantes et lancinantes dans le testicule et s'irradiant vers le cordon. Elles durent une heure et demie environ. Après quoi, son scrotum augmente de volume tout d'un coup, devient plat et dur. Il devient ensuite ovalé et augmente de volume pendant vingt heures environ.

2 mai 84. Le malade ne souffre plus. Il ne se lève pas. Le volume des bourses reste stationnaire. A ce moment, elles mesurent, depuis le pli inguino-scrotal gauche jusqu'au pli scrotal médian, 19 centimètres. La circonférence de la partie moyenne des deux testicules

est de 30 centimètres. Le scrotum paraît un peu plus enflammé qu'il ne l'avait été par l'eau phéniquée.

Au bout de huit jours, l'inflammation disparaît; mais il n'y a pas de diminution de volume. (Le malade sort le 13 mai 1884. Il rentre le 4 juin 84.)

Deuxième lavage à la teinture d'iode. 6 juin 84. — Une nouvelle ponction donne issue, comme la dernière, à du liquide séro-sanguinolant. M. Lanelongue fait d'abord un lavage de la cavité vaginale avec de l'eau phéniquée à 50 p. 1000 qu'il laisse deux minutes. Après avoir retiré ce liquide, il injecte de la teinture d'iode étendue de 2/3 d'eau qu'il ne retire qu'au bout de cinq minutes. Cette fois, les douleurs sont moins vives. Elles persistent le même temps. Les phénomènes inflammatoires sont également un peu moindres. Les bourses augmentent de volume pendant deux jours pour ne diminuer que fort peu et fort lentement.

22 juin 84. Le volume a diminué à peu près du tiers. Le malade commence à se lever. La marche ne le fatigue pas et ne produit pas d'augmentation.

26 juin 84. Il sort de l'hôpital.

Nous avons revu le malade en ville. Il nous a dit que son scrotum avait augmenté légèrement de volume; mais qu'il n'en était pas incommodé, que, du reste, il n'était pas aussi volumineux qu'avant son entrée à l'hôpital.

Ici l'on doit se demander quelle a été l'action de l'eau phéniquée? Est-ce son emploi qui a empêché l'efficacité de la teinture d'iode? ou bien ce malade devait-il avoir fatalement une hydrohématocèle? Car il ne faut pas se le dissimuler, bien qu'il soit apparamment guéri, il est destiné d'avoir une hydrohématocèle ; et si l'hydrocèle résiste chez lui aux traitements, cela est dû à l'état anciennement enflammé de son testicule, et à son état général. Car malgré les apparences de la santé, ce malade est porteur d'un tubercule de l'épididyme.

De plus, cette observation montre d'une façon très-évidente que la séreuse ne réagit pas avec l'eau phéni-

quée tout à fait comme les séreuses articulaires. Nous avons vu Schede dire que « dans les cas d'hydarthrose, on est obligé de revenir un grand nombre de fois à la ponetion et à l'injection phéniquée. » Il est possible que cette série d'injections phéniquées soit sans aucun danger pour les articulations. Mais dans notre observation, nous avons vu que malgré la transparence du liquide dans les bourses, il renfermait des globules de sang à la seconde et à la troisième ponction. Cette présence du sang est, nous le savons, l'indice d'une transformation en hydrohématocèle. Comme c'est une complication qu'il faut craindre, il faut traiter énergiquement la vaginale ainsi enflammée. L'acide phénique n'est pas suffisant ; cette observation en est la preuve. Il faut alors, comme l'a fait M. Lanelongue, avoir recours à la teinture d'iode. Si celle-ci ne suffisait pas, il y aurait indication de faire l'incision antiseptique. On ferait bien néanmoins, avant d'avoir recours à cette opération, d'essayer de nouvelles injections de teinture d'iode. La seconde a réussi dans le cas présent.

Au surplus, si nous résumions encore nos impressions au sujet de l'observation précédente, nous dirions que l'insuccès ici a une cause évidente : la lésion primordiale du testicule. Or, nous avons eu soin, au début de ce travail, de bien stipuler que l'injection phéniquée ne conviendrait certainement qu'aux cas simples et d'emblée nous avons rejeté de notre travail tous les cas compliqués de tumeurs. Ceci est si vrai que dans les pages précédentes nous avons fait comprendre que nous n'étions pas l'ennemi juré de la teinture d'iode, mais que nous la combattions dans une certaine mesure à cause de l'inflammation trop vive qu'elle paraissait provoquer. Laissons lui ses mérites, et recourons à elle quand nous passerons à des cas compliqués ou plus graves.

D'autre part, si l'injection phéniquée paraît agir d'une façon différente sur les séreuses articulaires que sur la vaginale, la raison nous en paraît simple : Les séreuses articulaires n'ont pas du tout la même disposition que la tunique vaginale. Celle-ci beaucoup plus simple, plus large, reçoit d'emblée l'injection qu'on lui donne, et rejette plus facilement le liquide dont on veut la débarrasser, mais la synoviale, avec ses replis compliqués, avec ses culs-de-sac, est-elle comparable? Cela n'est pas.

Et quand on songe que les expériences de Schede ont été faites sur l'articulation du genou, on reste convaincu qu'il ne faut pas, en effet, comparer les synoviales articulaires à la tunique vaginale.

Non, une hydrocèle compliquée ou ancienne sera rarement guérie par l'injection phéniquée, et si, avec cette solution phéniquée, on échoue, il faudra peut-être recourir à une autre injection. Mais nous disons *peut-être*, parce que nous n'avons pas et nous ne voulons pas encore avoir l'expérience des solutions très fortes d'acide phénique. La prudence doit être notre règle de conduite.

Observation VI.

Hydrocèle simple, mais ancienne, traitée inutilement par l'injection phéniquée; guérison par l'injection iodée. (Personnelle).

Boirie (Pierre), quarante-quatre ans, résinier, né à Salles (Gironde), venant de Biganos (Landes), entre dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue, salle 17, lit 24, le 23 avril 1884. Il demande à être soigné pour une tuméfaction des bourses du côté droit datant de quatre ans. Il ne se rappelle aucun traumatisme à ce niveau, il n'y a jamais ressenti ni douleur ni tiraillement. Ce qu'il a remarqué au début, et ce qui le gêne, c'est l'augmentation de volume qui est continue depuis quatre ans.

Il n'a jamais eu d'orchite, ni de maladie vénérienne d'aucune sorte. Il n'a jamais craché de sang; ne tousse pas habituellement; il ne se rappelle même avoir fait aucune maladie. Du côté de ses ascendants tant que de ses descendants, on trouve partout la plus florissante santé.

Examen local. — On constate l'existence d'une hydrocèle simple, piriforme, fluctuante, non réductible, transparente. Le testicule est sain et occupe sa place habituelle. Tous les autres organes génito-urinaires sont normaux. Etat général excellent.

Lavage phéniqué. — Le 26 avril, M. Lanelongue pratique dans cette hydrocèle un lavage phéniqué comme il l'a fait pour les autres cas, sans modification aucune.

Pas de douleur.

Le gonflement ne commence que le 27 avril au soir pour arriver à son maximum le 29 au matin. Il atteint alors la moitié de ce qu'il était avant l'opération. — A partir de ce moment, bien que le malade ne se lève pas, et qu'il n'y ait pas de phénomènes inflammatoires, il ne se produit aucune diminution de volume. La mensuration donne :

28 centimètres du pli inguino-scrotal au testicule gauche;
20 — comme diamètre longitudinal;
31 — comme circonférence des deux testicules.

Injection iodée. — Le 6 mai 1884, comme le volume reste toujours le même avec persistance de la transparence, M. Lanelongue pratique une ponction. Il évacue ainsi un liquide noirâtre, sanguinolent. Il lave à l'eau phéniquée à 50 grammes p. 1000.

Il retire cette eau et fait une injection de 300 grammes de solution de teinture d'iode au tiers qu'il laisse cinq minutes dans la cavité vaginale qu'il malaxe. Le malade ne souffre pas pendant l'injection. Mais dès que la canule est retirée, il est en proie à des douleurs atroces qui ne cessent qu'au bout de deux heures.

Puis suivent les phénomènes habituels : aplatissement en forme de violon de son scrotum qui s'arrondit bientôt et augmente de volume pendant deux jours, au bout desquels l'inflammation commence à disparaître; le volume diminue; la souplesse revient. Le malade sort guéri le dixième jour.

Il n'a pas été revu depuis.

Ici nous avons affaire à une hydrocèle simple, il est vrai. Mais elle date de quatre ans, et le porteur n'est plus un adulte ; il entre dans la période de la vieillesse. Inflammation ancienne de la tunique vaginale chez un sujet dont la nutrition baisse, dont les réactions sont ralenties et diminuées : telle est la double cause de l'inefficacité de l'injection phéniquée. Aussi voit-on que M. Lanelongue, après avoir tâté le terrain, n'insiste pas plus longtemps. Il juge que l'indication n'est pas au traitement phéniqué ; et bien il s'en trouve. Nous savons, en effet, que lorsqu'un traitement ne réussit pas, si on insiste, on a des chances de voir se faire une transformation de l'hydrocèle en hydrohématocèle. C'est ainsi que devraient faire ceux qui s'acharnent à dire que leur traitement est souverain dans toutes les hydrocèles. Ils n'auraient pas autant de contradicteurs.

Cette observation démontre, comme la précédente, que là où l'acide phénique finit son rôle, la teinture d'iode commence.

La conduite de M. Lanelongue a été la même dans ce cas qu'elle a été dans le cas précédent ; la guérison a suivi à peu près la même marche. Néanmoins, nous avons préféré en former un groupe différent ; car si la conduite doit être la même, les symptômes ne se ressemblent pas.

Nous allons terminer ce chapitre des observations par quelques réflexions générales. Il nous semble que dans les cas dont elle amène la guérison, que nous avons observés, l'injection phéniquée réunit les avantages de l'incision antiseptique, sans en posséder les inconvénients. Nous croyons que l'antisepsie sans incision leur est applicable. M. Labadie, il est vrai, traitait les mêmes cas par l'incision antiseptique. A cette époque, comme on pouvait craindre même pour les cas simples, l'action trop irritante de la

teinture d'iode sur le péritoine et sur les autres tissus, on était en droit de préconiser l'incision phéniquée. Mais actuellement que l'injection phéniquée est connue, nous devons la proposer; car elle évite les accidents des injections irritantes en même temps qu'elle met à l'abri de ceux de l'incision.

CHAPITRE IV

Injection phéniquée. — Opération. — Considérations sur la valeur de ce traitement. — Conclusions.

Bien que nous n'ayons pas l'intention de répéter tous les détails de l'opération (injection phéniquée), ce dont nous dispense notre première observation, nous voulons cependant attirer ici l'attention sur certaines particularités importantes du manuel opératoire. Après quoi, nous parlerons des suites, des désavantages et des avantages; nous la comparerons à la teinture d'iode; nous donnerons enfin les indications et les contre-indications de l'injection phéniquée.

Manuel opératoire. — La propreté étant une condition indispensable de toute bonne chirurgie, il est toujours prudent de laver le scrotum avec une solution d'eau phéniquée faible; soit à 25 gr. pour 1000. Avec l'emploi d'une solution forte, outre qu'il est très douloureux, on

s'exposerait à voir survenir de l'érythème sur la peau du scrotum en raison de sa délicatesse.

Nous n'insisterons pas sur l'endroit où l'on doit pratiquer la ponction, ni sur les instruments dont on se sert. Comme pour l'injection de teinture d'iode, on se sert d'un petit trocart à robinet ou de celui dit à hydrocèle, qu'ou enfonce à la partie moyenne de la face antérieure des bourses et dans une direction oblique en haut et en arrière, pour éviter le testicule, s'il est dans sa situation habituelle.

Mais une précaution sur laquelle nous voulons insister, c'est celle d'évacuer complètement tout le liquide qui occupe l'intérieur de la cavité vaginale. C'est un soin que Schede recommande d'une façon toute particulière. Il y revient à plusieurs reprises et prétend que cette pratique est une condition *sine qua non* du succès de la ponction antiseptique. Ce précepte a toujours été observé dans les cas qui font les sujets des observations publiées dans ce mémoire.

Une fois le liquide évacué et le robinet du trocart fermé, il faut avoir soin de compléter l'exploration du testicule et de ses annexes. L'évacuation complète du liquide facilite cet examen et permet quelquefois de trouver des lésions soit de l'épididyme, soit du testicule, que l'épanchement avait fait méconnaître. Cette exploration permettra d'assurer un pronostic de guérison à peu près certaine, dans le cas où elle ne révèlera rien d'anormal. Si, au contraire, le testicule ou l'épididyme sont le siège de quelques lésions anatomiques, on pourra douter de l'efficacité de l'injection phéniquée. Et parfois, dans ce cas, le chirurgien pourra se décider à pratiquer l'injection de teinture d'iode, de préférence à l'injection phéniquée qu'il s'était proposée.

Nous avons vu dans l'historique du traitement phéniqué que les Anglais se servent d'une seringue spéciale à tube

long et mince, *nozzle slender*, pour éviter que quelques gouttes d'acide phénique aillent brûler le scrotum. M. Lanelongue s'est toujours servi sans aucun inconvénient d'une seringue ordinaire à hydrocèle. Et nous croyons qu'il est inutile de compliquer ainsi l'arsenal chirurgical. D'ailleurs, il est facile, avec quelques précautions, d'empêcher l'acide phénique de tomber sur le scrotum. Et même quelques gouttes de la solution à 50 grammes pour 1000 ne pourraient occasionner qu'une démangeaison insignifiante.

Si les Anglais craignent de laisser tomber de l'acide phénique sur le scrotum, c'est qu'ils se servent d'acide phénique presque pur ou au moins d'une solution saturée. A cette dose, l'acide phénique est, on le sait, très caustique. Nous avons déjà dit ce que nous pensons de la pratique anglaise. Ajoutons encore que la solution, telle que l'emploient les Anglais, ne saurait rien prouver quant à l'efficacité de l'acide phénique. Si cet acide vaut quelque chose au point de vue qui nous occupe, il doit le valoir avec des doses plus restreintes. Au delà d'une certaine limite, nous ne voyons pas qu'il soit nécessaire de battre en brèche la teinture d'iode pour la remplacer par une substance *caustique*.

Bien entendu, il faut éviter, autant que possible, l'entrée de l'air dans les tissus. Nos observations montrent que cependant elle n'est pas aussi dangereuse qu'on pouvait le craindre. Il est vrai que M. Lanelongue l'a, chaque fois qu'il s'était introduit, expulsé à peu près en totalité en exprimant le liquide injecté.

L'action du caustique doit être favorisée par des malaxations exercées pendant le séjour de l'eau phéniquée dans la tunique vaginale. M. Lanelongue, nous l'avons vu, le laisse de trois à cinq minutes, selon les cas. Après qu'on

a pratiqué un premier lavage, il est bon d'en pratiquer, avec la même solution, un second, plus rapide et destiné à balayer les produits de la première cautérisation.

Cela fait, on retire la canule avec les précautions habituelles. M. Lanelongue juge inutile de mettre un pansement quelconque sur la piqûre du trocart. Elle est, en effet, très petite et cachée par les rides du scrotum.

Ce qu'il est bon de faire, c'est de placer entre les cuisses du malade un coussin d'ouate destiné à supporter les bourses du malade et empêcher tout tiraillement.

Nous croyons inutile de pratiquer la suture des parois antérieure et postérieure du scrotum, telle que la faisait Bompiani. Nous avons également dit que le drainage que fait Schaetzke (de Liebnitz) était un diminutif de l'incision phéniquée; qu'il était, par conséquent, une complication inutile du traitement de l'hydrocèle simple.

Le séjour du malade au lit et le décubitus dorsal sont absolument indispensables. Faudra-t-il conseiller au malade de se lever aussitôt après la ponction et de promener jusqu'à ce que la pesanteur ou la douleur légère du scrotum l'oblige à se coucher? *(until the weight and slight soreness of the scrotum cause him to lie upon a bed)*. Il est tout à fait prudent de lui faire garder le lit. Les menaces de phlegmon des bourses que nous avons constatées chez un de nos malades nous ont fait adopter la ligne de conduite suivante : le malade dont l'hydrocèle a été ponctionnée et injectée avec de l'eau phéniquée doit garder complètement le lit jusqu'au jour où il ne se fait plus de diminution du gonflement.

C'est vers le sixième jour environ, que nous permettons au malade de se lever quelques heures seulement. Et encore l'astreignons-nous au repos dans une

chaise et à l'emploi d'un suspensoir qu'il doit porter toujours dans la suite.

Suites. — Nous venons de dire que le malade devait rester au lit. C'est que tout n'est pas fini quand on a pratiqué l'injection phéniquée. L'acide phénique a déterminé une inflammation dont l'évolution doit amener la guérison de l'hydrocèle ou plutot une modification de la tunique vaginale, telle que celle-ci ne puisse pas sécréter de nouveau liquide. Les observations que nous avons données nous ont montré que la marche de cette inflammation ne varie guère chez les différents sujets. La terminaison seule diffère. Le malade éprouve pendant l'injection quelques picotements tout-à-fait supportables. Cette sensaction dure de six à sept heures et cesse au bout de ce temps pour ne plus revenir. A partir de ce moment, il ne survient aucune impression désagréable. Le malade peut reposer, dormir, manger. Il n'a pas la moindre fièvre. Tout reste absolument local. Et les phénomènes inflammatoires sont si silencieux que le malade se croit déjà guéri et veut marcher dès le soir même de l'injection. Les phénomènes locaux sensibles sont les suivants : Pendant deux heures environ, les bourses conservent la consistance et la forme normale avec une diminution de volume due à l'évacuation du liquide. Au bout de ce temps, elles s'aplatissent d'avant en arrière en se contractant; elles affectent alors la forme d'un violon qu'elles conservent dix à douze heures sans augmenter de volume. A ce moment, elles se relâchent, reprennent leur forme arrondie légèrement ovale, deviennent légèrement rouges et leur volume augmente. Il augmente ainsi pendant une trentaine d'heures : puis il commence à diminuer en même temps que l'inflammation superficielle se dissipe. A partir

de ce temps, si le malade observe bien le repos, le volume des bourses va en diminuant progressivement, et après cinq à six jours, les bourses du côté malade ont repris à peu près la même forme et le même volume que celles du côté sain. Voilà ce qui se passe quand l'hydrocèle doit guérir.

Mais il arrive parfois que les phénomènes se passent ainsi pendant les quatre premiers jours, et qu'au bout de ce temps, le gonflement ne continue pas à diminuer. La cavité vaginale est encore remplie de liquide; l'hydrocèle persiste. On avait affaire à une hydrocèle justiciable d'un autre traitement. Ou bien elle était trop ancienne, ou bien elle accompagnait une lésion de l'épididyme ou du testicule, ou bien, enfin, le porteur était un sujet diathésique.

Désavantages. — C'est qu'en effet un des désavantages de l'injection phéniquée, c'est de n'amener la guérison que d'un certain nombre d'hydrocèles. Là où l'injection phéniquée échoue, l'injection iodée réussit quelquefois. Mais ce n'est pas une raison pour repousser l'injection phéniquée, car il en est ainsi pour toutes les maladies. Là où tel traitement échoue, tel autre réussit. Les remèdes varient avec les malades. Un point que nous ne pouvons établir, c'est celui de la récidive. Il aurait fallu, pour cela, suivre les sujets opérés par M. Lanelongue. C'est ce que ne permet pas de faire la clientèle hospitalière. Cependant, lorsque la diminution, le retrait du gonflement se fait lentement ou semble s'arrêter, il conviendrait de ne pas perdre tout espoir. Ne voit-on pas quelques malades traités par la teinture d'iode, présenter aussi ce phénomène, et guérir ensuite? Si les résultats varient, les malades eux aussi varient quant aux processus qu'ils présentent, et la résorption rapide chez l'un, sera quelquefois infiniment lente chez l'autre.

Avantages. — Comparaison. — Mais à ce point de vue, si nous comparons les résultats de l'injection phéniquée avec ceux de l'injection iodée, nous avons vu que cette dernière est passible des mêmes reproches. Nous avons fait nous-même une objection à l'injection phéniquée. C'est que là où elle réussit la teinture d'iode réussit également. C'est vrai; mais si on applique l'injection phéniquée aux cas seuls qui en sont justiciables, elle offre des avantages sensibles sur l'injection d'iode :

1° L'emploi de l'acide phénique est d'un usage plus commode, plus simple et plus propre que la teinture d'iode. En outre, on risque moins de souiller les linges du malade et les mains du chirurgien?

2° Tandis que la douleur peut devenir dangereuse avec la teinture d'iode, avec l'acide phénique, elle est pour ainsi dire supprimée : le malade ressent une sensation d'engourdissement plutôt que de douleur (*a sensation of numbress rather than of pain*);

3° Avec l'acide phénique, l'inflammation est notablement amoindrie, et, à moins d'imprudence de la part des malades (comme celui de l'observation III), on évite tout danger de suppuration, alors même que du liquide pénétrerait dans le tissu cellulaire des bourses;

4° Comme le prouvent nos observations, l'entrée de l'air, s'il est chassé avec précaution, n'est pas dangereux et n'amène aucune complication;

5° Avec la teinture d'iode, une complication est à redouter, qui, par bonheur, arrive rarement.

C'est la pénétration qui survient de deux façons, soit par pénétration directe de la teinture d'iode dans la cavité péritonite (communication par le cordon), soit par inflammation de voisinage, si celle de la vaginale est trop forte. L'acide phénique n'expose pas à ce danger;

6° Les symptômes généraux peuvent, nous l'avons vu, devenir très graves avec la teinture d'iode. Ils sont nuls avec l'eau phéniquée ;

7° On n'a jamais constaté d'empoisonnement par l'acide phénique, tandis qu'on a vu survenir des accidents d'iodisme avec l'emploi de la teinture d'iode ;

8° Bien qu'on n'ait pas pratiqué, à notre connaissance, d'autopsie de sujet guéri d'une hydrocèle par l'injection d'eau phéniquée, il est probable que si la guérison s'accompagne d'adhérences, elles ne sont pas assez serrées pour empêcher la fonction testiculaire de s'exercer ; tandis que le testicule dont la séreuse aura été traitée par la teinture d'iode a peut-être des chances pour ne pas fonctionner ;

9° Enfin, dans les cas où l'injection phéniquée réussit, l'inflammation étant moindre, la guérison s'opère un peu plus vite.

Indications. — Nous allons essayer maintenant de déterminer quels sont les cas où l'on peut employer avec succès l'injection d'eau phéniquée. Bien que le nombre et la diversité de nos observations ne soient pas assez grands pour tirer des conclusions définitives, nous croyons cependant que ce procédé ne doit pas avoir des indications aussi générales que le veulent les étrangers. Pour nous, nous en restreignons l'emploi aux cas suivants :

1° Dans l'hydrocèle vaginale simple, de date récente (quatre à cinq mois), chez un sujet jeune et bien portant, elle nous a toujours très bien réussi ;

2° Nous croyons qu'elle doit également amener la guérison complète de l'hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Nous croyons qu'on pourrait employer avec succès l'injection phéniquée dans les cas :

1° D'hydrocèle vaginale congénitale :

2° D'hydrocèle enkystée du cordon;

3° D'hydrocèle vaginale compliquée d'une hydrocèle enkystée du testicule;

4° D'hydrocèle vaginale compliquée d'une hydrocèle enkystée du cordon.

Nous ne pouvons citer aucune observation à l'appui de l'opinion que nous avançons. Nous ne la donnons donc qu'à titre de probabilité, que des observations ultérieures pourront contrôler ou infirmer.

Contre-indications. — Enfin, il est un certain nombre de cas d'hydrocèles dans lesquelles il est permis de croire, d'après les observations que nous en avons présentées, que l'injection phéniquée n'aura pas plus de succès. Dans ces cas, il faudra, croyons-nous, avoir recours à des moyens plus efficaces et proportionnés avec la gravité du fait qui se présentera. Pour nous, l'injection phéniquée est donc contre-indiquée :

1° Dans les cas d'hydrocèle ancienne. Après quatre à cinq mois, il sera encore permis d'essayer l'injection d'eau phéniquée; mais après un an, nous croyons qu'on obtiendra un insuccès par ce procédé. Cependant, rien n'est absolu;

2° Dans l'hydrocèle simple avec épaississement notable de la tunique vaginale;

Ce fait s'observe dans presque toutes les hydrocèles anciennes.

3° Dans les hydrocèles simples survenant soit chez un vieillard, soit chez un sujet porteur d'une diathèse. Ici, en effet, la nutrition des tissus se fait mal; la réparation n'est pas active; la réaction n'est pas suffisante. Il est entendu que nous parlons seulement ici des sujets chez lesquels l'inflammation n'est pas à redouter; car, à supposer qu'il

s'agisse d'un diabétique, il serait au contraire prudent d'employer l'acide phénique moins capable que la teinture d'iode de déterminer des complications inflammatoires graves;

4° Si l'on constate par l'examen pratiqué soit avant, soit après la ponction que le testicule ou l'épididyme du côté sain comme du côté malade sont atteints de lésions chroniques, telles que induration tuberculeuse, tumeur de nature sarcomateuse, enchondromateuse, carcinomateuse ou autre, on pourra bien pratiquer l'injection phéniquée. Mais on sera à peu près sûr d'avance que son action ne sera pas suffisante et que, si l'hydrocèle disparaît pour quelque temps, elle reparaîtra dans un délai plus ou moins long. L'injection iodée aura plus de chance de la guérir; tout au moins elle retardera d'avantage l'apparition d'un nouvel épanchement;

5° Quant aux cas d'hydrocèles récidivées, il est, croyons-nous, inutile de les traiter par l'injection d'eau phéniquée. Si elles ont récidivées, elles peuvent être considérées comme anciennes et sont toujours l'expression d'une lésion persistante des organes testiculaires. Elles doivent, par conséquent, être traitées comme telles et sont justiciables d'un traitement plus énergique que l'injection phéniquée. La teinture d'iode doit leur être appliquée. Ou bien on s'expose, si on traite, sans le guérir, un épanchement vaginal par une série d'injections, d'irriter les tuniques vaginales, d'en amener un épaississement considérable, et de déterminer la transformation d'une hydrocèle simple en hydrohématocèle.

6° C'est ce dernier cas qu'il ne faut pas traiter à la légère. Inutile ici de chercher à modifier suffisamment les parois de la cavité vaginale par l'injection d'eau phéniquée. La teinture d'iode elle-même n'est pas suffisante. Et c'est

dans ces cas que l'incision antiseptique peut avoir le plus grand succès. Mais que de distinctions à établir! Tel cas d'hydrohématocèle sera bien guéri par l'injection, parce que les parois ne sont pas épaisses; tel autre, au contraire, résistera parce que cet épaississement s'est produit. Aussi, dans ces cas d'hématocèle, en général, faut-il se laisser guider non par la couleur même du liquide, mais par l'état de l'enveloppe, par l'épaisseur de la paroi pour choisir un traitement capable d'amener la guérison.

Nous terminerons en répétant que toutes les hydrocèles ne se ressemblent pas; que le chirurgien doit apporter le plus grand soin à faire le diagnostic aussi complet que possible de la variété à laquelle il a affaire; car à chacune convient un traitement spécial. Nous dirons enfin, que l'injection, phéniquée pratiquée peut être un peu trop inconsidérément à l'étranger, mérite d'être encore expérimentée en France.

Son action n'est pas encore assez nettement établie; mais elle est certainement appelée à rendre de grands services dans les cas légers.

Vu et approuvé :

Le Président de Thèse,

M. LANELONGUE.

Vu : le Doyen de la Faculté,

DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur,

L'Inspecteur d'Académie délégué,

ROUMESTAN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

CHAPITRE Ier. — Aperçu pathologique sur l'hydrocèle..... 7

CHAPITRE II. — Historique..... 11
Tableau des traitements divers de l'hydrocèle. 13
Ponction simple..... 15
Injections. — Injection de vin..... 17
Injection d'alcool..... 18
Injection de perchlorure de fer..... 19
Injection de teinture d'iode..... 21
Rapports de la tunique vaginale et du testicule après les injections..... 28
Conclusions du chapitre de critique historique. 34
Historique de l'injection phéniquée dans l'hydrocèle..... 36
De l'injection phéniquée en général..... 42

CHAPITRE III. — Observations et réflexions..... 45

CHAPITRE IV. — Injection phéniquée. — Opération. — Considérations sur la valeur de ce traitement... 65
Manuel opératoire..... 65
Suites..... 69
Désavantages..... 70
Avantages. — Comparaison..... 71
Indications..... 72
Contre-indications..... 73

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.